

FAX 0852-25-3157

島根県看護協会 行き

添書不要です。
この用紙をファクシミリで送信願います

令和5年度 「訪問看護研修」
シミュレーターを用いたフィジカルアセスメント研修
参加申込み書

施設名および所在地	電話番号	
	FAX番号	
住所 〒 -		
代表者氏名		

- 受講決定は、上記代表者様宛お送りします。
 - 施設で取りまとめて申込みください。複数参加希望がある場合は、優先順位を必ず記載ください。
 - 希望する開催日欄に、○印を記載してください。（締切日にご注意ください）
- 同一日に申し込み多数の場合は研修受講歴等を参考に事務局にて調整をさせていただきます

参加優先順	職種 ○で囲んでください	ふりがな	9月16日(土) (初級編)	9月23日(土) (中級編)	12月2日(土) (応用編)
		参加者氏名	申込締切 8月1日	申込締切 8月1日	申込締切 11月1日
		島根県看護協会会員番号	受講歴(有・無) 受講回数(回) 最終受講(平成・令和 年)		
1	保健師 助産師 看護師 准看護師	ふりがな かんこ はなこ 氏名 看護 花子 県会員No. 0 1 0 0 0 0		○	
	保健師 助産師 看護師 准看護師	ふりがな 氏名 県会員No.	受講歴(有・無) 受講回数(回) 最終受講(平成・令和 年)		
	保健師 助産師 看護師 准看護師	ふりがな 氏名 県会員No.	受講歴(有・無) 受講回数(回) 最終受講(平成・令和 年)		
	保健師 助産師 看護師 准看護師	ふりがな 氏名 県会員No.	受講歴(有・無) 受講回数(回) 最終受講(平成・令和 年)		