

島根県看護協会研修会申込書		申込日
研修 No.	研修名 摂食嚥下障害のある患者の看護	開催日： 令和5年11月18日(土) 会場： あすてらす 施設No.
施設名 (又は個人名)		
連絡先 〒 -		
住所		TEL () -

優先 順位	島根県看護協会 会員 No.	フリガナ 氏名	現在の職種 (該当に○をする)	看護職での 実務経験 年数	職 位 (該当に○をする)	備考
1			保・助・看・准 その他()	年	看護部長 副看護部長 師長職 主任 (副師長) 職 スタッフ その他	
2			保・助・看・准 その他()	年	看護部長 副看護部長 師長職 主任 (副師長) 職 スタッフ その他	
3			保・助・看・准 その他()	年	看護部長 副看護部長 師長職 主任 (副師長) 職 スタッフ その他	
4			保・助・看・准 その他()	年	看護部長 副看護部長 師長職 主任 (副師長) 職 スタッフ その他	
5			保・助・看・准 その他()	年	看護部長 副看護部長 師長職 主任 (副師長) 職 スタッフ その他	
6			保・助・看・准 その他()	年	看護部長 副看護部長 師長職 主任 (副師長) 職 スタッフ その他	
7			保・助・看・准 その他()	年	看護部長 副看護部長 師長職 主任 (副師長) 職 スタッフ その他	

※注意事項

- ◆島根県看護協会会員番号、フリガナ、現在の職種、実務経験年数は必ず記入してください。
非会員の方は、会員番号の欄に斜線を引いてください。また、非会員施設よりお申込の非会員の方は
代表者(責任者)の氏名も記入してください。連絡はその方宛に行います。

- ◆申込多数の場合は、優先順位順に決定します。

申込締切 10/25 (水)