

島根県看護協会研修会申込書	申込日
----------------------	-----

研修 No.	17	研修名 看護職員認知症対応力向上研修	開催日：令和6年7月26日（金） 令和6年7月27日（土） 令和6年7月28日（日） 会場：島根県看護研修センター 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、ふりがな、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。
- ◇受講料は受講決定後に指定の口座へ振込をしてください。
詳しくは受講決定通知をご覧ください。
- ◆申込多数の場合は、優先順位順に決定します

申込締切 6/1 (土)