申込先　島根県看護協会事務局行

FAX　0852-25-3157

看護補助者標準研修－看護補助体制充実加算該当パッケージ－
研修受講申込書

申込日　　年　　月　　日

※ 看護管理者がお申し込みください

申込者情報				
所属施設名				
フリガナ			職位	
氏名				
島根県看護協会 （該当に○印）	会員	非会員	ＴＥＬ	※日中連絡の取れるもの
申込み看護管理者 島根県看護協会会員番号				
研修連絡用ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ				

● オンデマンド講義　　受講期間　　令和6年10月1日（火）～令和6年11月30日（土）

◆ 演習日時　　①令和6年度12月14日（土）10：00～12：15
②令和6年度12月14日（土）13：30～15：45
③令和6年度12月21日（土）10：00～12：15

受講者情報

フリガナ 氏名	年齢	実務 経験年数	●ｵﾝﾃﾞﾏﾝﾄﾞ研修 希望の場合は ○印	◆演習希望日時（該当する項目に○印） ①	②	③	自施設	備考
例　シマネ　ハナコ 島根　花子	36	4		演習希望日時		○		
				演習希望日時				
				演習希望日時				
				演習希望日時				
				演習希望日時				
				演習希望日時				