

FAX 0852-25-3157

島根県看護協会研修会申込書						申込日
研修 No.	助産師	研修名	助産師職能研修会			開催日:令和7年7月26日(土) 13:00~16:00 受付 12:30~ 会場:朱鷺会館 中ホール
施設名(又は個人名)						施設No.
連絡先住所						TEL() -
優先 順位	島根県看護協会 会員 No.	フリガ 氏 名	現 在 の 職 種 (該当に○をする)	実務経験 年数	職 位	備 考
1			助・学生 その他()	年		
2			助・学生 その他()	年		
3			助・学生 その他()	年		
4			助・学生 その他()	年		
5			助・学生 その他()	年		
6			助・学生 その他()	年		
7			助・学生 その他()	年		
8			助・学生 その他()	年		

※注意事項

- ◆島根県看護協会会員番号、フリがな、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。

締切 : 7/11(金)