

FAX 0852-25-3157

| 島根県看護協会研修会申込書 | | | | | | 申込日 |
|----------------------|-------------------|------------|--|--|-----|----------|
| 研修 No. | 保健師 | 研修名 | ○保健師職能研修会 「災害発生時における初動対応と 保健師の役割について考える」 | 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 大ホール | | |
| 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 | | | 保・学生 その他() | 年 | | |
| 2 | | | 保・学生 その他() | 年 | | |
| 3 | | | 保・学生 その他() | 年 | | |
| 4 | | | 保・学生 その他() | 年 | | |
| 5 | | | 保・学生 その他() | 年 | | |
| 6 | | | 保・学生 その他() | 年 | | |
| 7 | | | 保・学生 その他() | 年 | | |
| 8 | | | 保・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 : 6/25(水)