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	
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7年9月1日（月）～令和7年11月20日（木）

◆ 演習日時　　① 令和7年12月6日（土）　10：00～12：30
② 令和7年12月6日（土）　14：00～16：30

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 希望の場合は○印	◆演習希望日時（該当する項目に○印） ①	②	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			