

2019(令和元)年度潜在看護師等復職研修実績報告書

施設名 _____

報告責任者 _____

I 研修実施月日

年 月 日～ 月 日

II 実際の受講者名

III 研修内容の実際について

※先にご提出頂きました教育プログラムに変更がありましたらお書きください。

IV その他、研修に関するご意見等自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。

【 問合せ先 】

〒990-2473 山形市松栄1-5-45
山形県看護協会 山形県ナースセンター
☎ 023-646-8878
fax 023-643-5727
e-mail : yamagata@nurse-center.net