

<様式1>

(社) 山形県看護協会研修会申込書

開催期日 月 日

研修会名

施設名 TEL FAX 内線()

申込年月日 年 月 日 / 申込責任者

No.	氏名	職種	経験年数	会員・非会員の別
		保・助・看・ <input type="checkbox"/> 他		会員・非会員
		保・助・看・ <input type="checkbox"/> 他		会員・非会員
		保・助・看・ <input type="checkbox"/> 他		会員・非会員
		保・助・看・ <input type="checkbox"/> 他		会員・非会員
		保・助・看・ <input type="checkbox"/> 他		会員・非会員
		保・助・看・ <input type="checkbox"/> 他		会員・非会員
		保・助・看・ <input type="checkbox"/> 他		会員・非会員
		保・助・看・ <input type="checkbox"/> 他		会員・非会員
		保・助・看・ <input type="checkbox"/> 他		会員・非会員
		保・助・看・ <input type="checkbox"/> 他		会員・非会員
		保・助・看・ <input type="checkbox"/> 他		会員・非会員
		保・助・看・ <input type="checkbox"/> 他		会員・非会員
		保・助・看・ <input type="checkbox"/> 他		会員・非会員
		保・助・看・ <input type="checkbox"/> 他		会員・非会員
		保・助・看・ <input type="checkbox"/> 他		会員・非会員

- 開催期日・研修会名を必ずご記入ください。申込書はコピー使用可。
- 職種に○印または職種名をご記入ください。
- 会員・非会員の別を間違いのないよう○印をご記入ください。
- 参加申込書が2枚にわたる場合は、No.を通し番号で記入してください。
- 認定看護管理者制度教育課程研修、山形県看護実習指導者講習会、医療安全管理者養成研修会、糖尿病重症化予防フットケア研修会の申込書はホームページよりダウンロード又は右記にご連絡ください。

*** 申込・問合せ先**
社団法人山形県看護協会
 〒 990-2473 山形市松栄1丁目5-45
 TEL 023-685-8033
 TEL 023-646-8878 (ナースセンター)
 FAX 023-646-8868
 e-mail:kensyu@nurse-yamagata.or.jp

※ 提出前にもう一度！ 各項目の記入漏れはありませんか。