

潜在看護師等復職研修
看護技術セミナー・ナースカフェ申込書

様式10-2

下記について必要事項をご記入ください。

氏名 _____ お住まいの市町村 _____
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 連絡先 自宅 : _____ - _____ - _____
職種 保 助 看 准看 _____ 携帯電話 : _____ - _____ - _____

1. 開催場所

希望の日程に○をつけてください

開催場所	研修内容	開催日	○
酒田市勤労者福祉センター	日常で活かせる救急対応	6月27日(木)	<input type="checkbox"/>
鶴岡市勤労者会館	日常でも役立つ感染管理	8月29日(木)	<input type="checkbox"/>
山形県看護協会会館 看護研修センター	日常でも役立つ感染管理	9月18日(水)	<input type="checkbox"/>
山形県看護協会会館 看護研修センター	病院で役立つ救急対応	12月11日(水)	<input type="checkbox"/>
山形県看護協会会館 看護研修センター	静脈採血や点滴のやり方を学ぼう	2月26日(水)	<input type="checkbox"/>

2. 託児について

() 託児を希望します

※託児希望の方には、のちほどナースセンターから連絡します

() 託児を希望しません

* お申込み・お問合せ先

〒990-2473

山形市松栄一丁目5-45

公益社団法人山形県看護協会

山形県ナースセンター TEL 023-646-8878

FAX 023-643-5727