

<様式1>

山形県看護協会一般研修申込書

【送付先】

山形県看護協会 教育研修課

FAX : 0 2 3 - 6 4 6 - 8 8 6 8

E-mail : kensyu@nurse-yamagata.or.jp

受付No. _____

申込日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

研修No. ()	研修会名:	開催期日: 月 日	
所属施設名		申込責任者 (個人申込者) 名	
連絡先 TEL	内線()	FAX	※FAX番号をお忘れなく!

※ 職種の口を塗りつぶしてください。

No	山形県看護協会 会員番号	氏名	職 種	※受講決定 (協会記入欄)
1			<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准 その他 ()	可 ・ 否
2			<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准 その他 ()	可 ・ 否
3			<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准 その他 ()	可 ・ 否
4			<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准 その他 ()	可 ・ 否
5			<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准 その他 ()	可 ・ 否
6			<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准 その他 ()	可 ・ 否
7			<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准 その他 ()	可 ・ 否
8			<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准 その他 ()	可 ・ 否
9			<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准 その他 ()	可 ・ 否
10			<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准 その他 ()	可 ・ 否

【注意事項】

会員の方はナースシップの研修受講履歴登録のため、「山形県看護協会会員番号」を必ずご記入願います。 **非会員の方は、会員番号の欄に斜線(/)を引いてください。**
 受講対象は、教育計画冊子「看護師のクリニカルラダー(日看協版)」をご参照ください。
 本用紙にて、受講決定通知をいたしますので、FAX番号をご記入ください。

通知日

申込人数

受講決定人数

※協会より連絡事項(協会記入欄)