＜様式1＞

（社）山形県看護協会研修申込書

開催期日　　月　　日

研修名

TEL

施設名　　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・［他　］		会員　・非会員
		保・助・看・［他　］		会員　・非会員
		保・助・看・［他　］		会員　・非会員
		保・助・看・［他　］		会員　・非会員
		保・助・看・［他　］		会員　・非会員
		保・助・看・［他　］		会員　・非会員
		保・助・看・［他　］		会員　・非会員
		保・助・看・［他　］		会員　・非会員
		保・助・看・［他　］		会員　・非会員
		保・助・看・［他　］		会員　・非会員
		保・助・看・［他　］		会員　・非会員
		保・助・看・［他　］		会員　・非会員
		保・助・看・［他　］		会員　・非会員
		保・助・看・［他　］		会員　・非会員
		保・助・看・［他　］		会員　・非会員

1.開催期日・研修名を必ずご記入ください。申込書はコピー使用可。
2.職種に〇印または職種名をご記入ください。。
3.会員・非会員の別を間違いのないよう〇印をご記入ください。
4.参加申込書が2枚にわたる場合は、No.を通し番号で記入してください。
5.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、糖尿病重症化予防(フットケア)研修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。

※　提出前にもう一度！　各項目の記入漏れはありませんか。

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