

<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 : 023-646-8868

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

受付No. _____

申込日： 令和3年 月 日

研修No. ()			月 日
所属 施設名	申込責任者 (個人申込者) 名		
連絡先 TEL	FAX		
コンビニエンス 支払い方法	<input type="checkbox"/> 施設一括払い 申し込み人数分の受講料を記載した払込用紙を送付します。		
いずれかをお選びください	<input type="checkbox"/> 個人払い 1名分の受講料を記載した払込用紙を、申込人数分送付します。		

※ 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

月 日

申込人数

受講決定人数

※協会より連絡事項(協会記入欄)