

平成 30 年度

新人看護職員他施設合同研修会

施設名：	下記の必要事項を確認の上、貴施設への研修会への参加申込をいたします。ご指導・ご教示頂きますようよろしくお願いいたします。
担当者： 様	

受講地区・研修施設名	(受講地区を○で囲む) 県南・県央・県北	
研 修 日 時	平成 30 年 月 日 ()	時 ~ 時
研 修 名		

【新人及び中途採用者受講者】

	ふり がな 氏 名	年 齢	性 別	経 年	卒業校名・養成課程	職種(○で囲む)
1	ふりがな					保 助 看 准
2	ふりがな					保 助 看 准
3	ふりがな					保 助 看 准
4	ふりがな					保 助 看 准
5	ふりがな					保 助 看 准

【指導者参加者】

	ふり がな 氏 名		ふり がな 氏 名
1	ふりがな	3	ふりがな
2	ふりがな	4	ふりがな

申 込 施 設 名			
申込代表者名・連絡先		TEL	()
		FAX	()