※スキルアップ研修３で見学実習をご希望の方は、一緒に提出してください。

**受講申込書Ⅱ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　年齢（　　　歳）　　男　・　女  連絡先住所  電話番号　　　　　－　　　　－ |
| 2 | 就業状況  ①（　　　）未就業  ②（　　　）就業　＊現在就業されている方は勤務先についてもご記入ください。  勤務先　　施設名  所　　属 |
| 3 | 今回の研修受講動機 |
| 4 | 見学実習に対するご希望・日程・地域など（※ご希望に添えない場合もありますことご了承ください） |

※申込者多数の場合は本票をコピーしてご利用ください。

**【お申込先】長崎県訪問看護サポートセンター宛　　郵送またはFAXでお申込み下さい。**

**住所：〒850-0874　長崎市魚の町３-２８**

**FAX ： ０９５-８２０－９２４０**

**申し込み締切 ： 研修開催日の２カ月前迄　＊郵送の場合は必着**