訪問看護サポートセンター申込書Ⅰ

**長崎県訪問看護サポートセンター 研修申込書**

**FAX：０９５７-４９－８０５６ Email:**[**nurse-net@nagasaki-nurse.or.jp**](mailto:nurse-net@nagasaki-nurse.or.jp)

**＊申込締切り／開催日１ヶ月前迄**

|  |  |
| --- | --- |
| **研　修　日** | **年　　月　　日（　　）　　　　　　：　　～　　：** |
| **研　修　名** |  |
| **研修場所** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 参　加　者 | | 研修目的や講師への質問等 |
| １ | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  |
| 氏名 |  |
| 職種 |  |
| 会員 | 会員　・　非会員 |
| メール  アドレス |  |
| ２ | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  |
| 氏名 |  |
| 職種 |  |
| 会員 | 会員　・　非会員 |
| メール  アドレス |  |
| ３ | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  |
| 氏名 |  |
| 職種 |  |
| 会員 | 会員　・　非会員 |
| メール  アドレス |  |

＊申し込み多数の場合は、お手数ですがコピーしてお申し込み下さい。

**申込日　　　　　　年　　　　月　　　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| 施 設 名 |  |
| 申し込み者 |  |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 事 業 所 　Email |  |