

平成 29 年度長崎県看護協会研修会【尊厳を守る看取りケア】研修申込書

長崎県看護協会研修センター FAX 0957-49-8059

*FAX のみの申込となります、決定通知はありません。

申込期間: 5 月 1 日～ 5 月 31 日

氏名	(ふりがな)					性別	年齢
						男 女	歳
県会員番号	No.					※非会員の方は非会員と記入	
職 種	保・助・看・准 その他()			経験年数:	年	管理者経験年数:	年
						(主任以上)	
施 設	所属施設名(略さず正式名称でご記入ください)						病床数
	施設住所 〒 -				TEL	()	
					FAX	()	
所属部署(例:病棟名や【地域連携室】などの部署名 ※電話連絡時に使用)						勤務領域(例:診療科名や業務内容)	
職位 役割等	職位 : (自施設での呼称)				担当役割(例:係や委員会、病棟内・院内等の 領域、専任・兼任等の役割内容)		
	その職位は以下のいずれに相当しますか、 ✓をつけて下さい。 <input type="checkbox"/> 看護部長職 <input type="checkbox"/> 看護副部長職 <input type="checkbox"/> 師長職 <input type="checkbox"/> 主任職 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> その他()						

◆研修選択記入欄◆

非会員は倍額になります

各論選択受講領域に○をおつけください

No	研修内容	日 時	受講料(非会員額)	申込
1	総 論(必須)	7/8(土)9:30~15:30	6,000(12,000)円	○
2		7/9(日)9:30~15:30		
1	各 論	介護保険施設	8/5(土)9:30~15:30	3,000(6,000)円
2		在宅	8/6(日)9:30~15:30	3,000(6,000)円
3		一般病棟	8/26(土)9:30~15:30	3,000(6,000)円
4		周産期・小児	8/27(日)10:00~16:00	3,000(6,000)円
5		救急・災害	9/16(土)9:30~15:30	3,000(6,000)円
合 計			円	

◇受講料振込届◇

※受講料を振込後にお申込みください。

※やむを得ず振込みが後日になる場合は、振込次第「受講料振込完了届」(P.38)を FAX 下さい。

振込名義人	法人名などは登録正式名称、個人名はカタカナで記入下さい。				
振込月日	年	月	日	〔振込先〕	
受講料	会 員	円×	人分=	円	十八銀行 桜町支店(普)639936 公益社団法人 長崎県看護協会 会 長 副島 都志子
	非会員	円×	人分=	円	
	合 計				
申込責任者	氏名:	TEL:			