

決定通知あり

※ホームページからも申込できます。

※決定通知は施設会員代表者宛へ送付させていただきます。

研修No.	開催期日	月	日	～	月	日
研修名						

施設推薦順位	* 下記に記入いただいた内容は、本研修のみの資料と致します。					
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: (主任以上) 年
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 ()	床
					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	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()					
参加動機と 学習課題	(受講動機及び当該領域の実践で困っていること)					
	(この研修で何を学びたいか、学習課題)					
上 司 の 推 薦	氏名					
	_____を					
	_____研修の受講者として推薦いたします。					
	役職名			氏名		

* 空欄がある場合受け付けないこともあります。該当しない項目には斜線を引いてください。

* 決定通知後、受講料を振込みください。また、「受講料振込完了届」のFAXも必ずお願いします。