

# 平成 29 年度 訪問看護支援事業 研修受講申込書

## FAX.0957-49-8056

公益社団法人 長崎県看護協会 総務部 船本宛

\*申込締切り/開催日 2ヶ月前迄 \*受講する研修に○を1つ付け、研修毎にお申し込みください。

\*訪問看護入門研修参加者で見学実習を希望の方は、申込書Ⅱ「見学実習参加者用個人票」もご記入ください。

	6/24(土) 小児科訪問看護入門研修	精神科訪問看護研修	
		① 7/12(水)	会場/ながさき看護センター
	7/19(水) 訪問看護入門研修 (8月に見学実習開催日程要相談)	② 8/ 5(土)	会場/長崎県看護キャリア支援センター
		③ 9/ 2(土)	会場/長崎会館

	参加者		研修目的や講師への質問等	見学実習の御希望
1	氏名			有・無
	職種			
	会員	会員(No. ) 非会員		
2	氏名			有・無
	職種			
	会員	会員(No. ) 非会員		
3	氏名			有・無
	職種			
	会員	会員(No. ) 非会員		
4	氏名			有・無
	職種			
	会員	会員(No. ) 非会員		
5	氏名			有・無
	職種			
	会員	会員(No. ) 非会員		

\*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 平成 年 月 日

施設名

申し込み者様

住所

電話番号