

平成29年度 訪問看護支援事業研修

【見学実習参加者用個人票】

*訪問看護入門研修参加者で見学実習を希望の方は、ご記入ください。

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。

長崎県看護協会総務部宛 郵送または FAX でお申込み下さい。

住所：〒854-0072 長崎県諫早市永昌町23-6 FAX：0957-49-8056

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