

※ホームページからも申込できます。

研修No.	開催期日	月	日	～	月	日
研修名						

No.	長崎県会員番号(6桁) ※非会員の方は番号欄に「非会員」と記入下さい。						(ふりがな) 氏 名	職 種 ※必須
1							(ふりがな)	保・助・看・准 その他()
2							(ふりがな)	保・助・看・准 その他()
3							(ふりがな)	保・助・看・准 その他()
4							(ふりがな)	保・助・看・准 その他()
5							(ふりがな)	保・助・看・准 その他()
6							(ふりがな)	保・助・看・准 その他()
7							(ふりがな)	保・助・看・准 その他()
8							(ふりがな)	保・助・看・准 その他()
9							(ふりがな)	保・助・看・准 その他()
10							(ふりがな)	保・助・看・准 その他()

◇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、別紙「受講料振込完了届」(P.31)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] 十八銀行 桜町支店(普)639936 公益社団法人 長崎県看護協会			
受講料	会 員	円×	人分=				円
	非会員	円×	人分=				円
	合計						円

◇ 申込責任者 ◇

氏 名		役 職	
施設名		勤務部署	
住 所	〒		
TEL		FAX	

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	()	
				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)		
	該当する職位に <input checked="" type="checkbox"/> 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()					
受講動機と 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)					
	(この研修で学びたい学習課題)					
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。

* 決定通知後、受講料を振込みください。また、別紙「受講料振込完了届」(P.31)を必ず FAX ください。

平成 30 年度 長崎県看護協会研修会 [通配信研修申込書]

FAX 0957-49-8059

※FAX のみの申込みとなります。

研修No.	69	開催期日時	平成 30 年 12 月 8 日 (土)	13時30分～16時 30 分
研修名	長崎県の医療・看護の動向			

◇受講会場◇ 希望の会場に○をお付け下さい。 ※受講料は会員価格を表記しています。

配信会場	ながさき看護センター (諫早市) 2,000 円			
受信会場	(下五島支部)1,000 円 長崎県五島中央病院	(上五島支部) 1,000 円 長崎県上五島病院	(壱岐支部) 1,000 円 長崎県壱岐病院	(対馬支部) 1,000 円 長崎県対馬病院

No.	長崎県会員番号(6桁) ※非会員の方は番号欄に「非会員」と記入下さい。	(ふりがな) 氏 名	職 種 ※必須
1		(ふりがな)	保・助・看・准 その他()
2		(ふりがな)	保・助・看・准 その他()
3		(ふりがな)	保・助・看・准 その他()
4		(ふりがな)	保・助・看・准 その他()
5		(ふりがな)	保・助・看・准 その他()
6		(ふりがな)	保・助・看・准 その他()
7		(ふりがな)	保・助・看・准 その他()

◇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.31)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
	非会員	円×	人分=	円
	合計			円

十八銀行 桜町支店(普)639936
公益社団法人 長崎県看護協会

◇ 申込責任者 ◇

氏 名		役 職	
施設名		勤務部署	
住 所	〒		
TEL		FAX	

平成 30 年度 長崎県看護協会研修会
【受講料振込完了届】

FAX 0957-49-8059

申込書 1 に振込届で実際の振込日を記載頂いている場合は不要です。
ただし、複数の研修分をまとめてお振込みされる場合は、必ず研修 No.ごとにご記入ください。

研修No.	研 修 名	受 講 料	合 計
		会 員()円×()人 非会員()円×()人	
		会 員()円×()人 非会員()円×()人	
		会 員()円×()人 非会員()円×()人	
		会 員()円×()人 非会員()円×()人	
		会 員()円×()人 非会員()円×()人	
		会 員()円×()人 非会員()円×()人	
		会 員()円×()人 非会員()円×()人	
		会 員()円×()人 非会員()円×()人	
		会 員()円×()人 非会員()円×()人	
		会 員()円×()人 非会員()円×()人	
		総計： ￥	

振込名義人	法人名など登録正式名称、個人名はカタカナで記入下さい。
振込月日	年 月 日

《振込先》
十八銀行 桜町支店(普)639936
公益社団法人 長崎県看護協会

◇ 申込責任者 ◇

氏 名		役 職	
施設名		勤務部署	
住 所	〒		
TEL		FAX	