

## 平成30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 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。

研修日	研修名

	参加者		研修目的や講師への質問等
1	氏名		
	職種		
	会員	会員(No.           ) 非会員	
2	氏名		
	職種		
	会員	会員(No.           ) 非会員	
3	氏名		
	職種		
	会員	会員(No.           ) 非会員	
4	氏名		
	職種		
	会員	会員(No.           ) 非会員	
5	氏名		
	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

## 平成30年度 訪問看護入門研修 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御希望の方は、提出をお願いします。

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