

<様式 1 >

山形県看護協会研修申込書

開催期日 月 日

研修名

施設名 連絡先 TEL 連絡先 FAX 内線 ()

*FAX番号は必ずご記入ください。

申込年月日 年 月 日 / 申込責任者

No.	氏 名	職 種	経験年数	会員・非会員の別
		保・助・看・〔他〕		会員 ・ 非会員
		保・助・看・〔他〕		会員 ・ 非会員
		保・助・看・〔他〕		会員 ・ 非会員
		保・助・看・〔他〕		会員 ・ 非会員
		保・助・看・〔他〕		会員 ・ 非会員
		保・助・看・〔他〕		会員 ・ 非会員
		保・助・看・〔他〕		会員 ・ 非会員
		保・助・看・〔他〕		会員 ・ 非会員
		保・助・看・〔他〕		会員 ・ 非会員
		保・助・看・〔他〕		会員 ・ 非会員
		保・助・看・〔他〕		会員 ・ 非会員
		保・助・看・〔他〕		会員 ・ 非会員
		保・助・看・〔他〕		会員 ・ 非会員

- 1 開催期日・研修名を必ずご記入ください。氏名は間違いのないよう正しくご記入ください。申込書はコピー使用可。
- 2 職種に○印または職種名をご記入ください。
- 3 会員・非会員の別を間違いのないよう○印をご記入ください。
- 4 参加申込書が2枚にわたる場合は、No.を通し番号で記入してください。
- 5 長期研修の申込書は、当協会ホームページよりダウンロード又は右記にご連絡ください。

申込・問合せ先

公益社団法人 山形県看護協会

〒990-2473 山形市松栄1丁目5-45

TEL 023-685-8033

TEL 023-646-8878 (ナースセンター)

FAX 023-646-8868

E-mail : kensyu@nurse-yamagata.or.jp

※ 受講決定を通知する「FAX番号」を必ずご記入ください。