

研修番号 44

FAX 099-256-8079 ※ 送 信 票 不 要

### 平成29年度 鹿児島県看護協会 新人助産師合同研修会申込書

研修会名 : 新人助産師合同研修会	5回すべて受講が原則です
-------------------	--------------

施設名	受講希望者総数 ( 名 )
職名 氏名	E-メール
連絡担当者 ( ) ( ) ( )	( )
施設住所 〒 -	
TEL ( ) ( ) ( )	FAX ( ) ( ) ( )

該当所属施設・団体に○印をつけてください。

<input type="checkbox"/> 国立 <input type="checkbox"/> 県立 <input type="checkbox"/> 市立 <input type="checkbox"/> 町村立 <input type="checkbox"/> 法人立 <input type="checkbox"/> 医師会立 <input type="checkbox"/> 私立 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> その他
--

No.	氏 名	会員・非 会員の別	県会員No.	年齢	実務 経験	卒業された 助産師養成所の名称	卒業年月日
1		会 員 非会員					
2		会 員 非会員					
3		会 員 非会員					
4		会 員 非会員					
5		会 員 非会員					
6		会 員 非会員					
7		会 員 非会員					
8		会 員 非会員					
9							
10							

- ※ 記入漏れがないようにお願いします。
- ※ 氏名は、正確に丁寧に記入ください。(特に、証明書や修了証を発行する研修会は正確に記入してください)
- ※ 本研修会申込書は研修採否および担当講師との調整を目的としており、それ以外の目的では使用いたしません。