

(申込様式15)

災害支援ナース番号なし
認知症高齢者 121

コピーしてお使い下さい。

FAX 099-256-8079 ※送信票不要

平成29年度 鹿児島県看護協会への
インターネット・オンデマンド配信研修会申込書

研修名:	開催期日: 平成 年 月 日 () 平成 年 月 日 ()
------	------------------------------------

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

振込形式(該当する欄に○印をつけてください)

1. 個人で	2. 施設でまとめて
--------	------------

施設でまとめて振り込む場合は下記に振込人氏名をお書きください。

※法人名は省略をお願いします。
※『訪問看護ステーション○○』の場合は『○○訪問看護ステーション』とご記入ください。

振込人氏名 _____

該当所属施設・団体に○印をつけてください。

病院 ・診療所 ・訪問看護ステーション ・老人保健施設 ・老人福祉施設 ・その他の福祉施設・在宅関連施設
教育機関 ・その他()

年齢・実務経験年数は、下記から選び「番号」を記入してください。職能は該当する欄に「○印」を記入してください。

年 齢： 1. 10代 2. 20代 3. 30代 4. 40代 5. 50代 6. 60代以上
実務経験年数： 1. 5年以下 2. 6～10年 3. 11～15年 4. 16～20年 5. 21～30年 6. 31年以上

No.	氏 名	会員・非 会員の別	県会員No.	年齢	実務経験	職 能			
						保	助	看	准
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							

- ※ 記入漏れがないようお願いします。
- ※ 氏名は、正確に丁寧に記入ください。
- ※ 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。