**(申込様式１６)**

 FAX　099-256-8079 ※送信票不要

2019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。

国立　　　県立　　　市立　　　町村立　　　法人立　　　医師会立　　　私立　　　個人　　　その他

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 氏　　名 | 会員･非会員の別 | 県会員№ | 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 |  |  |  |  |  |

※　氏名は、楷書で正確に丁寧にご記入ください。（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）

※　記入漏れがないようにお願いします。

※　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。