

(申込様式1)

コピーしてお使いください。

FAX 099-256-8079 ※送信票不要

平成29年度 鹿児島県看護協会一般研修会 申込書

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

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

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				その他の 職種 (職名)	職位 (参加条件があ る修会は必ずご記入 ください)
						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							()		
6		会 員 非会員							()		
7		会 員 非会員							()		
8		会 員 非会員							()		
9		会 員 非会員							()		

- ※ 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。