**（申込様式３）**

FAX　099-256-8079　※送信票不要

申込期間　６月1日～６月１５日

**平成３０年度高齢者権利擁護等推進事業における看護実務者研修会申込書**

開催期日：平成３０年７月２４・２５日（火・水）

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 施設住所　（連絡先） | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 受講者氏名 |  | 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日生 |
| 職　種 | 保健師・助産師・看護師・准看護師　（○印をしてください） |
| 現在の施設での勤務年数 | 　　　　　　年　　　　ヵ月 | 職　位 | 例（施設長・看護師長・所長・主任・スタッフ等） |

* １施設1名で申し込みをお願いします。
* 修了証発行のため、氏名・生年月日は正確にご記入ください。
* 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、それ以外の目的では使用しません。