FAX　099-256-8079 　　　 　　　　　 　※送信票不要

令和2年度特定行為シンポジウム 申込書

申込期限：8月7日（金）

|  |
| --- |
| 研修会名：**特定行為研修シンポジウム　　　　　　　開催期日：**令和2年8月29日（土）13:00～12：00 |

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

 該当設置団体に○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

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**．20代　**２**．30代　　 **３**．40代　　 **４**．50代　　　**５**．60代以上

実務経験年数：　**１**．6～10年　 **２**．11～15年　 **３**．16～20年　　 **４**．21年以上

【看護職】

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 氏　　名 | 会員･非会員の別 | 県会員№ | 年齢 | 実務経験 | 職　　能 |  |
| 保 | 助 | 看 |  |
| 1 |  | 会 員非会員 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | 会 員非会員 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | 会 員非会員 |  |  |  |  |  |  |  |

【看護職以外の方】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 氏　　名 | 年齢 | 職　種 | 備　考 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

※　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）

※　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