**平成29年度　中堅期保健師研修申込用紙**（様式2）

|  |  |
| --- | --- |
| 研修番号  502 | 研修名  　　中堅期保健師研修会コース |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | |  | | | TEL | | | |
| FAX | | | |
| ふりがな | |  | | | 看護協会 | 会　員 | | 非　会　員 |
| 氏　名 | |  | | | 長野県看護協会会員番号 | | | |
| 勤務場所（例：緩和ケア病棟） | | | 職　位 | 経験年数(通算) | | | 職　種 | |
|  | | |  | 年 | | | 保健師 | |
| 〈受講動機及び当該領域の実践で困っていること〉 | | | | | | | | |
| 〈この研修で何を学びたいのか、学習課題〉 | | | | | | | | |
| 推薦欄 | （氏名）  　　　　　　　　　　　　　　　　　を中堅期保健師研修の受講者として推薦します。  　　　　　月　　　日　　　　所属部署責任者　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | |

**※提出はFaxまたは郵送でお願い致します。**