**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。**