**平成28年度　研修申込用紙**（様式1）

**送付先（FAX）： 0263‐34‐0311**又は**郵送**（申込日　　　月　　　日）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修番号 | 研修名 | 開催日　　　　　　月　　　　日 |
| 施設名 | 電話 |
| FAX |
| 申込み担当者 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | フリガナ氏　　　　名 | 経験年数 | 長野県看護協会の | 職　種○印をつけて下さい |
| いずれかに○ | 会員番号　6桁 |
| 1 |  |  | 会員 | 非 |  |  |  |  |  |  | 保・助・看・准 |
| 2 |  |  | 会員 | 非 |  |  |  |  |  |  | 保・助・看・准 |
| 3 |  |  | 会員 | 非 |  |  |  |  |  |  | 保・助・看・准 |
| 4 |  |  | 会員 | 非 |  |  |  |  |  |  | 保・助・看・准 |
| 5 |  |  | 会員 | 非 |  |  |  |  |  |  | 保・助・看・准 |
| 6 |  |  | 会員 | 非 |  |  |  |  |  |  | 保・助・看・准 |
| 7 |  |  | 会員 | 非 |  |  |  |  |  |  | 保・助・看・准 |
| 8 |  |  | 会員 | 非 |  |  |  |  |  |  | 保・助・看・准 |
| 9 |  |  | 会員 | 非 |  |  |  |  |  |  | 保・助・看・准 |
| 10 |  |  | 会員 | 非 |  |  |  |  |  |  | 保・助・看・准 |

＊受講要件は、原則として保健師・助産師・看護師・准看護師のいずれかの資格を有する方

＊研修計画に「決定通知」を送付する旨が記されていない研修は、申込をすれば受講できます。

＊申込多数の場合は申込用紙の優先順位により調整を行い、受講できない場合のみ連絡をします。