（様式7）

**平成30年度 支部研修 申込用紙**

**送付先（ＦＡＸ）：　0263-34-0311**　　　　　　　　　　　　（申込日　　　月　　　日）

|  |  |
| --- | --- |
| **支部名**　　　　　　　　　　　　　　　　　支部 | **開催日****月　　　　日** |
| **研修名** |
| **所属施設名** |
| **ＴＥＬ** | **－　　　　　－** | **申込担当者** |
| **ＦＡＸ** | **－　　　　　－** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | 氏　　　　名 | 会員・非会員の記入 | 県会員番号6ケタ（有料研修のみ） | 職種に○印をつけて下さい |
| 1 |  | 会員・非会員 |  |  |  |  |  |  | 看護職（ 保 ・ 助 ・ 看 ・ 准 ）一般（ 介護職 ・ 他　　　　　　） |
| 2 |  | 会員・非会員 |  |  |  |  |  |  | 看護職（ 保 ・ 助 ・ 看 ・ 准 ）一般（ 介護職 ・ 他　　　　　　） |
| 3 |  | 会員・非会員 |  |  |  |  |  |  | 看護職（ 保 ・ 助 ・ 看 ・ 准 ）一般（ 介護職 ・ 他　　　　　　） |
| 4 |  | 会員・非会員 |  |  |  |  |  |  | 看護職（ 保 ・ 助 ・ 看 ・ 准 ）一般（ 介護職 ・ 他　　　　　　） |
| 5 |  | 会員・非会員 |  |  |  |  |  |  | 看護職（ 保 ・ 助 ・ 看 ・ 准 ）一般（ 介護職 ・ 他　　　　　　） |
| 6 |  | 会員・非会員 |  |  |  |  |  |  | 看護職（ 保 ・ 助 ・ 看 ・ 准 ）一般（ 介護職 ・ 他　　　　　　） |
| 7 |  | 会員・非会員 |  |  |  |  |  |  | 看護職（ 保 ・ 助 ・ 看 ・ 准 ）一般（ 介護職 ・ 他　　　　　　） |
| 8 |  | 会員・非会員 |  |  |  |  |  |  | 看護職（ 保 ・ 助 ・ 看 ・ 准 ）一般（ 介護職 ・ 他　　　　　　） |
| 9 |  | 会員・非会員 |  |  |  |  |  |  | 看護職（ 保 ・ 助 ・ 看 ・ 准 ）一般（ 介護職 ・ 他　　　　　　） |
| 10 |  | 会員・非会員 |  |  |  |  |  |  | 看護職（ 保 ・ 助 ・ 看 ・ 准 ）一般（ 介護職 ・ 他　　　　　　） |

☆会員申請中の場合は、県会員番号6ケタの欄に申請中とご記入ください。

☆支部研修（有料の場合のみ）、会員番号の記載をお願いします。

公益社団法人　長野県看護協会