**平成30年度　専門・養成研修申込用紙**（様式2）

|  |  |
| --- | --- |
| 研修番号 | 研修名 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | |  | | | TEL | | | |
| FAX | | | |
| フリガナ | |  | | | 看護協会 | 会　員 | | 非　会　員 |
| 氏　名 | |  | | | 長野県看護協会会員番号（6ケタ） | | | |
| 勤務場所（例：緩和ケア病棟） | | | 職　位 | 経験年数(通算) | | | 職　種 | |
|  | | |  | 年 | | | 保・助・看 | |
| 〈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  （必要時） | (施設の優先順位　　　　　　)  （氏名）  　　　　　　　　　　　　　　　　　を養成研修の受講者として推薦します。  　　　　　月　　　日　　　　看護部門の責任者　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | |

**※提出は郵送でお願い致します。**

＊申込期間最終日に会費納入が確認できない場合は、会員サービスとしての研修割引は受けられません。

公益社団法人　長野県看護協会