**平成30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 | |
| 看護部責任者 | | 研修担当者名・連絡先（看護部責任者以外の場合記載） | | |

**＊施設内の申込は、研修担当者が一括で申込して下さい**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先  順位 | フリガナ  氏　　　　名 | 職種  ○をする | | 会員・非会員の記入 | | | | | | | 経験年数 | 備考(受講要件・その他) |
| 長野県看護協会会員番号  6ケタ | | | | | | 非会員は○ |  | **・受講要件**がある場合、当てはまる要件を必ず記載  **・その他** |
| 1 |  | 保 | 助 |  |  |  |  |  |  | 非  会員 |  |  |
| 看 | 准 |
| 2 |  | 保 | 助 |  |  |  |  |  |  | 非  会員 |  |  |
| 看 | 准 |
| 3 |  | 保 | 助 |  |  |  |  |  |  | 非  会員 |  |  |
| 看 | 准 |
| 4 |  | 保 | 助 |  |  |  |  |  |  | 非  会員 |  |  |
| 看 | 准 |
| 5 |  | 保 | 助 |  |  |  |  |  |  | 非  会員 |  |  |
| 看 | 准 |
| 6 |  | 保 | 助 |  |  |  |  |  |  | 非  会員 |  |  |
| 看 | 准 |
| 7 |  | 保 | 助 |  |  |  |  |  |  | 非  会員 |  |  |
| 看 | 准 |
| 8 |  | 保 | 助 |  |  |  |  |  |  | 非  会員 |  |  |
| 看 | 准 |
| 9 |  | 保 | 助 |  |  |  |  |  |  | 非  会員 |  |  |
| 看 | 准 |
| 10 |  | 保 | 助 |  |  |  |  |  |  | 非  会員 |  |  |
| 看 | 准 |

＊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とします。

＊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。

＊備考欄には、受講要件や研修毎の必要事項を記入して下さい。

＊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。

公益社団法人　長野県看護協会