**研修申込用紙**　　　　　　　　　　(様式1)

申し込み締切1月25日(金)

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修番号 | 研修名  　　　2019年度改正　働き方改革関連法案を学ぶ | | | 開催日　2019年  　　　2　月　3　日（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 | 会員・非会員の記入 | | | | | | | 経  験  年  数 | 職種  ○をする |
| 長野県看護協会会員番号  6ケタ | | | | | | 非会員は○ |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  | 非会員 |  | 保・助・看・准  その他（　　　　　） |
|
| 2 |  |  |  |  |  |  |  | 非会員 |  | 保・助・看・准  その他（　　　　　） |
|
| 3 |  |  |  |  |  |  |  | 非会員 |  | 保・助・看・准  その他（　　　　　） |
|
| 4 |  |  |  |  |  |  |  | 非会員 |  | 保・助・看・准  その他（　　　　　） |
|
| 5 |  |  |  |  |  |  |  | 非会員 |  | 保・助・看・准  その他（　　　　　） |
|
| 6 |  |  |  |  |  |  |  | 非会員 |  | 保・助・看・准  その他（　　　　　） |
|
| 7 |  |  |  |  |  |  |  | 非会員 |  | 保・助・看・准  その他（　　　　　） |
|
| 8 |  |  |  |  |  |  |  | 非会員 |  | 保・助・看・准  その他（　　　　　） |
|
| 9 |  |  |  |  |  |  |  | 非会員 |  | 保・助・看・准  その他（　　　　　） |
|
| 10 |  |  |  |  |  |  |  | 非会員 |  | 保・助・看・准  その他（　　　　　） |
|

＊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。＊駐車場は収容台数に限りがありますので、できるだけ公共交通機関をご利用ください。

公益社団法人　長野県看護協会