

複写可

平成29年度 看護職研修会申込書

コース NO						※受付日	/
研修名						TEL	
施設名						FAX	
住所	〒						
代表者氏名							
優先順位	氏名	職能・職種別	職位	年代	県会員番号	未加入	
		保・助・看・准・その他					
		保・助・看・准・その他					
		保・助・看・准・その他					
		保・助・看・准・その他					
		保・助・看・准・その他					
		保・助・看・准・その他					
		保・助・看・准・その他					
		保・助・看・准・その他					
		保・助・看・准・その他					
		保・助・看・准・その他					

職位分類 ①看護部長・総師長 ②副看護部長・副総師長 ③師長 ④副師長・主任・係長等 ⑤一般 ⑥その他

受講料				領収書	必要・不必要	
			合計	送金方法	現金・〒	
会員	¥	×	人	通信欄		
非会員	¥	×	人			
総合計	¥					

【留意点】

- 1：申込書は複写可能です。
- 2：※欄は記入しないで下さい。
- 3：ご記入は正確に、また該当する欄に○印をおつけ下さい。会員番号は、徳島県会員番号を記入して下さい。
- 4：希望のコース名は、必ず記入して下さい。
- 5：キャンセルは研修1週間前までにお願いいたします。(受講料は、原則として返金できませんのでご了承下さい。)
- 6：通信欄は、ご自由にお使い下さい。
- 7：特別企画、臨時企画等の際にもご利用下さい。

*ご記入いただいた個人情報は、公益社団法人徳島県看護協会 個人情報保護管理規定に基づき管理いたします。