



# FAX送信票

申 込 先 FAX : 088-632-1084  
宛 先 公益社団法人徳島県看護協会 柏原 宛

\*\*\*\*\*

## 2019年度新人看護職員研修

「研修責任者研修」「教育担当者研修」「実地指導者研修」申込書

所属施設 \_\_\_\_\_ 連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

代表者 職氏名 \_\_\_\_\_

受講者名 (希望コースに○をご記入ください。)

ふりがな 受講者氏名	年齢	職 種	職 位 (枠外の番号 を記入)	希望コース			会員・非会員 県協会の 会員番号	領収書 要・不要
				研修 責任者	教育 担当者	実地 指導者		
		保・助・看					会員・非会員	要・不要
							県協会の 会員番号	
		保・助・看					会員・非会員	要・不要
							県協会の 会員番号	
		保・助・看					会員・非会員	要・不要
							県協会の 会員番号	
		保・助・看					会員・非会員	要・不要
							県協会の 会員番号	

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

申込書に記載された個人情報は、この研修会以外には使用しません。