FAX　０５４－２０２－１７５１

静岡県看護協会　総務部　宛

災害看護一般研修Ⅰ（６/２１）　参加申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 施設住所 | 〒 |
| 施設電話番号 |  |
| 静岡県会員No（6桁）または非会員に○ | 会員（No.　　　　　　　　　）　非会員 |
| ふりがな | 　　　　　　　　　　　　 |
| 氏　名・年齢 | 　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　歳） |
| 職　種(該当職種に○をつけてください) | 保健師　　助産師　　看護師　　准看護師 |
| 経験年数 | 年　　　　ヶ月（記入時現在） |
| 職　位 | あり（　　　　　　　　　　）　　なし |
| 勤務領域 |  |

申込期間：４月１日㈯～４月１１日㈫ 必着

※締め切り後に受講通知を送付します。