FAX　０５４－２０２－１７５１

静岡県看護協会　総務部　宛

災害看護一般研修Ⅱ（リーダー研修）

R5.7.26（水）　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：**５月1日（月）～５月12日（金）必着**

※受付終了後、受講決定通知を送付します。