

FAX 054-202-1751

静岡県看護協会 総務部 宛

※本状のみお送りください

締切日：令和5年10月20日(金)

## 特定行為研修修了者研修会(東部 11/11) 申込書

施設名			
住所	〒		
電話番号		申込者氏名	
メールアドレス			

※事前に資料を申込者様宛メールでお送りしますので、アドレスは間違いのないよう正確にご記入ください。

### < 参加者 >

※1名様でも参加は可能ですが、研修が有意義なものになるよう、ぜひ看護代表者様と一緒にご参加ください。

1	ふりがな		所属部署	
	修了者・希望者 氏名		特定行為研修修了 の有無	有 ・ 無
2	ふりがな		所属部署	
	修了者・希望者 氏名		特定行為研修修了 の有無	有 ・ 無
3	ふりがな		所属部署	
	修了者・希望者 氏名		特定行為研修修了 の有無	有 ・ 無
4	ふりがな		所属部署	
	修了者・希望者 氏名		特定行為研修修了 の有無	有 ・ 無

1	ふりがな		役職	
	看護代表者 氏名			
2	ふりがな		役職	
	看護代表者 氏名			

※受講決定はお送りしません。協会から連絡がない限り受講は可能です。