

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12月1日(金)

「特定行為研修修了者が組織ビジョンを踏まえたうえで自らの行動を考える」

特定行為研修修了者と看護管理者のための研修 申込書

(特定行為研修修了者研修会 西部 12/16)

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 >

【参加される特定行為研修修了者若しくは特定行為研修受講希望者氏名】

1	ふりがな		所属部署	
	氏名		特定行為区分	
2	ふりがな		所属部署	
	氏名		特定行為区分	
3	ふりがな		所属部署	
	氏名		特定行為区分	
4	ふりがな		所属部署	
	氏名		特定行為区分	

※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、ぜひ看護管理者様と一緒にご参加ください。

【参加される看護管理者氏名】

1	ふりがな		役職	
	氏名			
2	ふりがな		役職	
	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。