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）

R6.2.28（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　　　 （記入時現在） |
| 職　位 | あり（　　　　 　　　　　　）　 　なし |
| 勤務領域 |  |

申込期間：**12月1日（金）～12月10日（日）必着**

※締切り後、受講通知を看護代表者様宛に送付します。