

(様式1) <コピー使用可>

研修会受講申込書

平成 年 月 日

No.		コース名	
開催期日		月 日 ~	月 日

施設名		岩手県看護協会施設No.
看護管理者名		
施設住所 個人会員は 自宅住所	TEL	
取扱担当者名 (メールアドレス)	@	

優先 順位	氏名	岩手県看護協会 (○印)			職種別 (○印)				学習 段階設定	備考
		会員番号	手続中	非会員	保	助	看	准		
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

注：①申込の取りまとめに必要ですので、**太枠内を必ず記入**してください。

②定員を越えた場合は参加者の調整をする場合があります。

申込者が2名以上の場合は優先順に記入してください。

③締切日を過ぎた場合には受け付けません。

④駐車場の利用期間は**4月1日～12月10日**です。詳しくは、研修会参加要領をご参照下さい。

※個人情報の取り扱いについて

申込書は、研修会に伴う書類作成等、使用範囲を限定し、厳重な管理のもと適切に取り扱います。