

(様式2) <コピー使用可>

No.37 災害看護研修（実務）受講申込書

平成 29 年 月 日

研修日	申込期間 (厳守)
8/9, 10	7/1～7

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	基礎編の受講履歴 (○印)				
		会員番号	手続中	非会員	保	助	看	准		岩手県看護協会		日看協 配信研修	岩手県災害看護 ネットワーク	その他
										23年	24年			
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														

※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。