

(様式2) <コピー使用可>

No.24 災害看護研修（実務）受講申込書

平成30年 月 日

開催期日	平成30年9月10日（月）・11日（火）	申込期間	8月1日（水）～7日（火）
------	----------------------	------	---------------

施設名 個人会員は 自宅住所		施設No.	
担当者	[職位]	[氏名]	[電話番号]
	[メールアドレス]		

優先 順位	岩手県看護協会（○印）			氏名	職種 （○印）	基礎編の受講履歴（○印）			
	会員番号	手続中	非会員			岩手県看護協会 （H23・24）	日看協 配信研修	岩手県災害看護 ネットワーク	その他
1					保・助・看・准				
2					保・助・看・准				
3					保・助・看・准				
4					保・助・看・准				
5					保・助・看・准				
6					保・助・看・准				

※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。