

<コピー使用可>

令和2年度「医療的ケア児支援者育成業務」研修  
受講申込書

月 日

施設名 住所		施設No.	
担当者	[職位] [氏名] [メールアドレス]	[電話番号]	

氏名	職種 (○印)	研修開催日 (いずれか選択し○印)		施設での小児医療的ケア の実施状況 (○印)	
		12/4(金)	12/11(金)	実施	実施予定
	保・助・看・准				
	保・助・看・准				
	保・助・看・准				
	保・助・看・准				
	保・助・看・准				
	保・助・看・准				
	保・助・看・准				
	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。

受講申込書に記入の上、下記宛てに郵送でお申し込み下さい

〒020-0117

盛岡市緑が丘二丁目4番55号

公益社団法人岩手県看護協会 新村節子宛