

(様式2) <コピー使用可>

No.25 災害看護研修（実務）受講申込書

月 日

開催期日	令和2年9月2日（水）・3日（木）	申込期間	8月1日～7日
------	-------------------	------	---------

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。