

<コピー使用可>

令和3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] [電話番号]		
	[メールアドレス]		

氏名	職種 (○印)	開催日 (○印)			施設での小児医療的ケアの実施状況 (○印)	
		宮古 5/15(土)	盛岡 6/12(土)	一関 8/28(土)	実施	実施予定
例： 盛岡花子	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					
例：変更がある場合 盛岡花子 岩手花子	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。

※申し込み後に変更がある場合は、同用紙に記入し開催日前日までに届くようにお送りください。

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