

(様式1) <コピー使用可>

研修会 受講申込書

月 日

コースNo.		コース名			
開催期日	月	日	～	月	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)	備 考
	会員番号	手続中	非会員			
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	
7					保・助・看・准	
8					保・助・看・准	
9					保・助・看・准	
10					保・助・看・准	

注：①定員を越えた場合は参加者の調整をする場合があります。

申込者が2名以上の場合は優先順に記入してください。

②締切日を過ぎた場合はお問い合わせください。

③駐車場の利用期間は **4月1日～12月10日** です。

詳しくは、教育計画の研修会参加要項をご参照下さい。

※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。