

<コピー使用可>

## 研修会 受講申込書

月 日

コースNo.	1～3	コース名	新人研修Ⅰ～Ⅲ
開催日時	Ⅰ 4/25(火) Ⅱ 6/8(木) Ⅲ 6/30(金) 10:00～16:00		
会場	Ⅰ 岩手県看護研修センター ⅡⅢ アイーナ804		
申込方法	4/11(火)～17(月)の期間中に郵送またはメールにてお申込みください。		

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	受講日(○印)			職 種 (○印)	備 考
	入会予定	非会員		Ⅰ 4/25(火)	Ⅱ 6/8(木)	Ⅲ 6/30(金)		
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新人研修Ⅳ以降はマナブルでの申込みになります。会員で受講するためには7月中旬までに  
入会手続きをしてください。

※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。

<コピー使用可>

## 研修会 受講申込書

月 日

コースNo.	7	コース名	急変兆候の察知と初期対応
開催日時	5/18 (木) 10:00~16:00		
会場	アイーナ804		
申込方法	4/11 (火) ~ 17 (月) の期間中に郵送またはメールにてお申込みください。		

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。

※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。

<コピー使用可>

# 研修会 受講申込書

月 日

コースNo.	19	コース名	質的研究を通して看護研究の基礎を学ぼう
開催日時	5/23(火)24(水)10:00~16:00		
会場	岩手県看護研修センター		
申込方法	4/11(火)~17(月)の期間中に郵送またはメールにてお申込みください。		

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。

※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。

<コピー使用可>

# 研修会 受講申込書

月 日

コースNo.	27	コース名	看護補助者の活用推進のための看護管理者研修 改訂版 2022
開催日時	5/25 (木) 13:30~15:30		
開催方法	e-ラーニング・演習オンライン研修		
申込方法	4/11 (火) ~ 17 (月) の期間中に郵送またはメールにてお申込みください。		

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	
2					保・助・看	
3					保・助・看	
4					保・助・看	
5					保・助・看	
6					保・助・看	
7					保・助・看	
8					保・助・看	
9					保・助・看	
10					保・助・看	

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。

※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。