

平成27年度 研修申込書

様式1

★原則全員受講可能です

(大分県看護協会)

★受講可否のFAXはいたしません。応募者多数でお断りする場合はお電話をいたします

研修番号		研修名	
開催日	平成 年 月 日		
施設名			
代表者名 (看護部長等)		連絡先	TEL () FAX ()

*該当するものに○印をつけてください。

優先 順位	氏 名	会 員	非 会 員	手 続 中	県協会会員番号	職 能	備 考 欄
		※必ず記入してください					
ふりがな ----- 1						看・准 保・助	
ふりがな ----- 2						看・准 保・助	
ふりがな ----- 3						看・准 保・助	
ふりがな ----- 4						看・准 保・助	
ふりがな ----- 5						看・准 保・助	
ふりがな ----- 6						看・准 保・助	

ホームページからの申込

*協会ホームページから直接申込みできます
*登録後、各自用紙を印刷し確認してください。

FAXでの申込

*FAXで送信する場合はこの様式を使用し、楷書ではっきりと、すべての項目に記入してください。
*研修番号、会員(県会員番号)・非会員の欄は必ず記入してください。
*会員番号の記入がない場合は非会員としてのお取り扱いになります。
*施設ごとにまとめて優先順位を記入してお申し込みください。

◆FAX: 097-574-7364

*当協会の研修会申込みに際して得た個人情報、研修会に伴う書類作成、発送等に用い、
これ以外の目的で取り扱うことはいたしません。

*看護協会専用駐車場を御利用下さい。県立病院の駐車場は利用できません。