FAX：088-844-0053

平成30年度　高知県看護協会　研修申込書

研　修　会　名	介護報酬・診療報酬改定説明会	
開　催　日	平成　　年　　月　　日（　　曜日）	いずれかを○で囲む 1日・午前・午後
勤　務　先		
連　絡　先	（　　）　　－	
申込代表者名		

注）①申し込みは１研修毎に申込み書１枚を使用してください。
②記入漏れの無いようご確認ください。（県会員番号は、記入必須）
③当該年度の新入会員は、下記の「新入会員」を○で囲んでください。

必須

No	高知県会員番号（6桁）	会員状況		ふりがな 氏　名	職種（○で囲む）	備考（多職種 等）
1		会員 非会員	新入会員		保　助 看　准	
2		会員 非会員	新入会員		保　助 看　准	
3		会員 非会員	新入会員		保　助 看　准	
4		会員 非会員	新入会員		保　助 看　准	
5		会員 非会員	新入会員		保　助 看　准	
6		会員 非会員	新入会員		保　助 看　准	
7		会員 非会員	新入会員		保　助 看　准	
8		会員 非会員	新入会員		保　助 看　准	
9		会員 非会員	新入会員		保　助 看　准	
10		会員 非会員	新入会員		保　助 看　准	