

平成30年度 高知県看護協会 一般研修申込書

研 修 会 名	
開 催 日	平成 年 月 日 (曜日)
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。
 ④職位及び役割については、さしつかえなければご記入下さい。

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)	職位及び役割
1		会員		保 助	
		新入会員		看 准	
		非会員		他職種()	
		会員		保 助	
2		新入会員		看 准	
		非会員		他職種()	
3		会員		保 助	
		新入会員		看 准	
		非会員		他職種()	
		会員		保 助	
4		新入会員		看 准	
		非会員		他職種()	
5		会員		保 助	
		新入会員		看 准	
		非会員		他職種()	
		会員		保 助	
6		新入会員		看 准	
		非会員		他職種()	
7		会員		保 助	
		新入会員		看 准	
		非会員		他職種()	
		会員		保 助	
8		新入会員		看 准	
		非会員		他職種()	
9		会員		保 助	
		新入会員		看 准	
		非会員		他職種()	
		会員		保 助	
10		新入会員		看 准	
		非会員		他職種()	