

平成29年度 災害看護研修 申込書B

研 修 会 名	地域災害支援ナース育成研修 いずれかに○を入れる：（ 初回受講者編 ・ 継続受講者編 ）	
開催日 ・ 場所	平成 年 月 日（ 曜日）	開催場所
施 設 名		看護職代表者名
連 絡 先	（ ） ー	
申込代表者名		連絡先☎：

※登録証作成のため、氏名には必ずふりがなを記載してください。

N o	ふりがな 氏 名	職 種 (○で囲む)	会 員 非会員	会 員 番 号	あなたの住居地 (市町村名)
1	保 助	会 員		
		看 准	非会員		
2	保 助	会 員		
		看 准	非会員		
3	保 助	会 員		
		看 准	非会員		
4	保 助	会 員		
		看 准	非会員		
5	保 助	会 員		
		看 准	非会員		
6	保 助	会 員		
		看 准	非会員		
7	保 助	会 員		
		看 准	非会員		
8	保 助	会 員		
		看 准	非会員		
9	保 助	会 員		
		看 准	非会員		
10	保 助	会 員		
		看 准	非会員		