

平成29年度 訪問看護管理者研修申込書

氏 名				年 齢	歳
職 種	・看護師 ・保健師 ・その他（ ）			職 位	
施 設 名				管理者 所長 歴	年
施設住所	〒 TEL				
研修日程 <small>（希望日に○を入れ てください）</small>	初級編	<input type="checkbox"/>	10月14日（土）	13:30~16:30	
		<input type="checkbox"/>	11月11日（土）	13:30~16:30	
	中級編	<input type="checkbox"/>	9月23日（土）	13:30~16:30	
		<input type="checkbox"/>	平成30年2月3日（土）	10:00~17:00	
	全体	<input type="checkbox"/>	平成30年2月24日（土）	9:30~16:30	
看護協会 入会状況	会員 ・ 非会員 （○で囲んで下さい）				

公益社団法人高知県看護協会

FAX：088-844-0053