

平成30年度 災害看護研修 申込書

研 修 名	※ 該当する研修に ○ をいれてください。	
	地域災害支援ナース育成研修（初回受講者編・継続受講者編）	
	災害支援ナース育成研修（実務編）	
開催日・開催場所	平成 年 月 日（ 曜日）	開催場所
勤務先		看護職代表者名
連絡先	（ ） —	
申込代表者名		連絡先 ☎

- 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)	あなたの居住地 (市町村名)
1		会員		保 助	
		新入会員		看 准	
		非会員		他職種()	
		新入会員		保 助	
2		会員		看 准	
		新入会員		保 助	
		非会員		他職種()	
		新入会員		保 助	
3		会員		看 准	
		新入会員		保 助	
		非会員		他職種()	
		新入会員		保 助	
4		会員		看 准	
		新入会員		保 助	
		非会員		他職種()	
		新入会員		保 助	
5		会員		看 准	
		新入会員		保 助	
		非会員		他職種()	
		新入会員		保 助	
6		会員		看 准	
		新入会員		保 助	
		非会員		他職種()	
		新入会員		保 助	
7		会員		看 准	
		新入会員		保 助	
		非会員		他職種()	
		新入会員		保 助	
8		会員		看 准	
		新入会員		保 助	
		非会員		他職種()	
		新入会員		保 助	
9		会員		看 准	
		新入会員		保 助	
		非会員		他職種()	
		新入会員		保 助	
10		会員		看 准	
		新入会員		保 助	
		非会員		他職種()	
		新入会員		保 助	