FAX：088-844-0053

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） 災害支援ナース育成研修（基礎編）オンデマンド研修	
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 非会員	新入会員		保　助 看　准 他職種（　　）	
2		会員 非会員	新入会員		保　助 看　准 他職種（　　）	
3		会員 非会員	新入会員		保　助 看　准 他職種（　　）	
4		会員 非会員	新入会員		保　助 看　准 他職種（　　）	
5		会員 非会員	新入会員		保　助 看　准 他職種（　　）	
6		会員 非会員	新入会員		保　助 看　准 他職種（　　）	
7		会員 非会員	新入会員		保　助 看　准 他職種（　　）	
8		会員 非会員	新入会員		保　助 看　准 他職種（　　）	
9		会員 非会員	新入会員		保　助 看　准 他職種（　　）	
10		会員 非会員	新入会員		保　助 看　准 他職種（　　）	