

FAX : 088-844-0053

公益社団法人高知県看護協会

※申込期間を厳守してください

令和3年度 多施設合同研修申込書（集合受講用）

研修番号		
研修名		
受講希望日	月 日 ()	1. いつでもよい 2. 都合の悪い日 (日)
勤務先		
連絡先	()	—
申込責任者名 (役職名)		

- 注) ①申し込みは施設でまとめて1研修毎に申込書1枚を使用して下さい。
 ②同じ内容で複数回実施する研修は、こちらで日程調整をいたします。
 ご都合の悪い日をご記入下さい。
 ③記入漏れのないようご確認下さい。(県会員6桁番号は、記入必須)
 ④当該年度の新入会員は、新入会員を選択して下さい。

必須

No	高知県会員番号 (6桁)	会員状況 (○で囲む)	ふりがな 氏 名	職種 (○で囲む)	備考 (多職種等)
1		会員	-----	保 助	・新卒新人1年目 ・1～2年目 ・その他 ()
		非会員		看 准	
2		会員	-----	保 助	・新卒新人1年目 ・1～2年目 ・その他 ()
		非会員		看 准	
3		会員	-----	保 助	・新卒新人1年目 ・1～2年目 ・その他 ()
		非会員		看 准	
4		会員	-----	保 助	・新卒新人1年目 ・1～2年目 ・その他 ()
		非会員		看 准	
5		会員	-----	保 助	・新卒新人1年目 ・1～2年目 ・その他 ()
		非会員		看 准	