FAX：088-844-0053

2019年度　高知県看護協会　一般研修申込書

研 修 会 名	
開　催　日	年　　月　　日（　　曜日）
勤　務　先	
連　絡　先	（　　）　　－
申込代表者名	

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」を〇で囲んでください。
④職位及び役割については、さしつかえなければご記入下さい。

必須

No	高知県会員番号（6桁）	会員状況		ふりがな 氏　名	職　種（〇で囲む）	職位及び役割
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（　　）	