

令和6年度 高知県看護管理者支援事業 参加申込票

高知県看護協会 行  
(FAX : 088 - 844 - 0053)

施設名 :		
連絡先 : (TEL) (FAX)		
(メール)		
看護部長等	ふりがな 氏名	職位 :
	現在の職位での実務年数 (R6年4月1日現在) 年 か月	
	(メール)	
事務長	ふりがな 氏名	職位 :
	現在の職位での実務年数 (R6年4月1日現在) 年 か月	
(受講動機)		
(認定看護管理者教育課程修了状況)		
( なし ・ ファーストレベル修了 ・ セカンドレベル修了 ・ サードレベル修了 )		
* ご協力ありがとうございました		

※各病院2名以内でお申込みください。

〆切 : 令和6年4月12日(金)