

看護職定着支援に関する研修 申込書

- ・記入欄は正確に記載し、該当するものに✓印をつけてください。
- ・研修ごとにそれぞれお申込みください。

(申込年月日)

西暦 年 月 日

研修名 ※いずれかを選択	<input type="checkbox"/> No.57	看護職員定着支援事業 シンポジウム	8/9(金)
	<input type="checkbox"/> No.59	看護職のワーク・ライフ・バランス推進事業 報告会	12/11(水)
施設名			
連絡先	担当者		役職
	TEL	(内線)	FAX
	E-Mail		

No.	ふりがな	看護職 実務経験	就労職種	協会入会状況	職位
	氏名				
1		年	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 会員 (No.) <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 入会手続き中	
			()		
2		年	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 会員 (No.) <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 入会手続き中	
			()		
3		年	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 会員 (No.) <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 入会手続き中	
			()		
4		年	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 会員 (No.) <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 入会手続き中	
			()		
5		年	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 会員 (No.) <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 入会手続き中	
			()		
6		年	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 会員 (No.) <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 入会手続き中	
			()		
7		年	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 会員 (No.) <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 入会手続き中	
			()		

【問合せ先】 富山県ナースセンター TEL 076-433-5251 / FAX 076-433-5281

申込みをもって受講決定とします

個人情報の取り扱い： 本研修申込みで得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送に用いこの利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。