

(様式2) <コピー使用可>

No.3 災害看護研修 (実務) 受講申込書

月 日

開催期日	9月1日(木)・2日(金)	申込期間	7月11日~17日
------	---------------	------	-----------

施設名 個人会員は 自宅住所		施設No.	
担当者	[職位] [氏名]	[電話番号]	
	[メールアドレス]		

優先 順位	岩手県看護協会 (○印)			氏 名	職 種 (○印)	基礎編の受講履歴 (○印)		
	会員番号		手続中			非会員	岩手県 看護協会	岩手県災害看護 ネットワーク
1					保・助・看・准			
2					保・助・看・准			
3					保・助・看・准			
4					保・助・看・准			
5					保・助・看・准			
6					保・助・看・准			

※個人情報の取り扱いについて 申込書は、研修会に伴う書類作成等、使用範囲を限定し、厳重な管理のもと適切に取り扱います。