

「認定看護師等の派遣型研修①」申込書

年 月 日

施設名

代表者氏名

下記内容により派遣型研修を申し込みます。

連絡先	住所	〒						
	担当者名							
	電話番号							
	FAX番号							
	E-mail							
開催希望日時 *別月の希望日も ご記入ください。	第一希望	月	日()	時	分	～	時	分
	第二希望	月	日()	時	分	～	時	分
	第三希望	月	日()	時	分	～	時	分
研修会場名								
会場所在地								
研修企画	テーマ							
	目的							
	内容							
	対象者(職種)							
	人数							

必要事項をご記入のうえ、FAX・メールのいずれかでお申し込みください。

【申込先】 〒020-0117 岩手県盛岡市緑が丘二丁目4番55号
 岩手県訪問看護総合支援センター（公益社団法人岩手県看護協会内）
 TEL 019-662-8213 FAX 019-662-9550
 mail hks2@iwate-kango.or.jp