

【看護管理課題実践報告会 申込書】(参加者用)

○申込先: 公益社団法人 三重県看護協会 FAX 059-226-5200

○申込期間: 平成29年5月15日(月)

研修No.	平成29年度セカンドレベルフォローアップ研修 (看護管理課題実践報告会)		
開催日時	平成29年6月2日 9:00~16:00	会場	三重県看護研修会館

↓ * 該当する方に○をつける

施設 申込	[施設住所・施設名(受講決定通知送付先)] 〒	[電話番号]
*	[担当者名]	

個人 申込	[代表者住所(受講決定通知送付先)] 〒	[電話番号]
*	[担当者名]	

※受講決定通知送付の際、宛名ラベルとして使用いたしますので住所は明確にご記入ください。

No.	氏名	参加者要件(該当する方に○をつける)	職種 (○をする)	会員・非会員 (○をする)	職位	備考
1		① ②	保・助・看	会員・非会員		
2		① ②	保・助・看	会員・非会員		
3		① ②	保・助・看	会員・非会員		
4		① ②	保・助・看	会員・非会員		
5		① ②	保・助・看	会員・非会員		
申込人数						名

* 参考

(要件) 下記のいずれかに該当する者

① 平成29年度セカンドレベル申込者

② 看護管理実践を行っている者(主任以上の職位にある者)