

## <看護職員リフレッシュ研修申込書>

開催日 令和4年12月19日(月)

送付先：公益社団法人福島県看護協会 ナースセンター行

FAX：024-991-6002

申込月日： 月 日

施設名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

申込記入者名 \_\_\_\_\_ 職位 \_\_\_\_\_

NO.	県会員No.	氏名	備考
1			
2			
3			
4			
5			

< ※記入欄不足の場合はコピーしてご使用ください >

※ 申込は11月25日(金) 17時 厳守にてFAXか郵送でお送りください。

※ 福島県看護協会会員番号は必ず記入してください。非会員の方は非会員と記入してください。



対象は、要項に記載している通り実務経験2年から5年未満の方が対象となります。

