

<看護職員リフレッシュ研修 参加申込書>

開催日 令和5年12月11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： _____

申込責任者名/職位： _____

| | ふりがな 氏 名 | 職 種 | 福島県会員番号 | 非会員は○ | 備考 |
|---|------------------|-----|---------|-------|----|
| 例 | ふくしま ここ 福島 ここ | 看護師 | 123456 | | |
| 例 | もとまち かい 本町 かい | 保健師 | | ○ | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

※ 申込は、11月13日(月)17時 厳守にてFAXか郵送でお送りください。

※ 記入欄不足の場合はコピーしてご利用ください。

※ 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○をご記入ください。



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

*対象外の方の第二部「mic-alon(マイクアローン)」コンサートのみのお申し込みはコンサート専用申込フォームをご使用下さい。

