

＜看護職員リフレッシュ研修 参加申込書＞

開催日 令和8年12月7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	1 2 3 4 5 6		
例	もとまち かい 本町 かい	保健師		○	
1					
2					
3					
4					
5					

※ 申込は、11月9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。

※参加希望コースにつきましては、人数調整のためご希望に添えない場合がございます。

