(コピー可)

2024年度『看護補助者の活用推進のための看護管理者研修　』

**追加研修　受講申込書**

※下記に文字等の記入　〇の表示　を記してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　　別　　　 | 男　　・　　女 |
| 氏　　名 |  |
| 年齢 | 30代　 40代　 50代 　60代 |
| 現 職 種 | 　助産師 　・　 看護師 | 現在の役職（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）上記役職は次のいずれに相当しますか□にレ点をつけてください。□ （副）看護部長級職□　師長級職　　□　副師長級職□　その他（　　　　　　　　　　　　　）※演習時のメンバー編成に使います。 |
| 佐賀県看護協会会員番号 | 会員　　・　非会員 |
|  |
| 施 設 名 |  |
| 勤務部署名　　（科　　　名） |  |
| 施設住所 | 〒TEL |
| 実務経験 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 |
| 備　　考 |  |

※申し込みはFAXしてください。

※この様式は佐賀県看護協会ホームページからダウンロードできます。

公益社団法人佐賀県看護協会