

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 ○の表示 を記してください。

※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。

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			