

令和4年度

『看護補助者の活用推進のための看護管理者研修 改訂版 2020 (1日研修)』

～ヘルスケア提供システムにおける連携強化を実現するために～

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。

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用します。	
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	
研修終了後、施設内での伝達講習実施予定	有 (月頃予定)		
	無		
備考			

※申し込みは郵送または 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。