

令和元年度佐賀県キラッとプラチナナース支援事業

自分らしい生き方を実現するために、自らが新しい時代の働き方を見直す

研修申込書

送信先 FAX 0952-68-3603

連絡先

地区	東・西・中・南・北	施設名 代表者名	連絡先 Tel
----	-----------	-----------------	---------

	氏名	年齢	実務経験年	職能	研修希望日 希望に○をつける
1				保・助・看・准	・ 令和元年9月26日(木) ・ 令和2年1月29日(水)
2				保・助・看・准	・ 令和元年9月26日(木) ・ 令和2年1月29日(水)
3				保・助・看・准	・ 令和元年9月26日(木) ・ 令和2年1月29日(水)
4				保・助・看・准	・ 令和元年9月26日(木) ・ 令和2年1月29日(水)
5				保・助・看・准	・ 令和元年9月26日(木) ・ 令和2年1月29日(水)