(コピー可)

平成29年度

『看護補助者の活用推進のための看護管理者研修（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　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 | | |
| 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。

公益社団法人佐賀県看護協会