

2025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 ・ 非会員		
会員番号			
施 設 名			
勤務部署名 (科 名)			
施設住所	〒		
	TEL		
実務経験		年	
備 考			