

第 1 7 1 回看護研修会受講申込書

—看護補助者の活用推進のための看護管理者研修 2024—

(1施設3名までの参加とします。)

令和6年 月 日

(担当者及び連絡先)

病院名 _____

担当者 _____

Tel _____

所在地 _____

Fax _____

◎下記のとおり参加を申し込みます。

No.	ふりがな	現在の職位 (☑を記入して下さい。)	福岡県看護協会 会員番号
	氏名		
1		<input type="checkbox"/> 副看護部長	
		<input type="checkbox"/> 看護師長	
		<input type="checkbox"/> その他()	
2		<input type="checkbox"/> 副看護部長	
		<input type="checkbox"/> 看護師長	
		<input type="checkbox"/> その他()	
3		<input type="checkbox"/> 副看護部長	
		<input type="checkbox"/> 看護師長	
		<input type="checkbox"/> その他()	

〈送信先及びお問合せ先〉

公益社団法人福岡県病院協会

Tel 092-436-2312 Fax 092-436-2313