

この用紙でお申し込みの時は、受講料振込みの事前振込みが銀行になります

# 平成30年度 一般・委員会研修・学会 申込

送付先(FAX) 048-624-3331(西大宮)

※「医療安全管理者研修7日間」「看護師職能Ⅱ委員会企画研修」「医療安全管理者フォローアップ研修」  
048-548-8440(第2研修センター)へ送付して下さい。

研修名	研修番号	開催日
-----	------	-----

※「糖尿病患者のフットケア研修」「ELNEC-J研修(3日間)」「急性期のELNEC-J研修(2日間)」「精神科訪問看護基本療養算定要件研修」「医療対話推進者研修」「BLS」「ACLS」「PEARS」はこの用紙では申込できません。ホームページからお申込み下さい。

( ) 支部 施設名:

連絡先(取りまとめ代表者)	住所	
役職名		
氏名	TEL:	FAX:

個人会員の方は施設名に個人とご記入ください。また上記記入者おひとりの申込みの場合でも下記をご記入下さい。

(ふりがな) 氏名	職 種	埼玉県看護協会会員N o. (6桁を記入)	金額 (無料受講券使用 の場合は券と記入)	☆第2研修センターでの 研修は 必ず記入する		
				バス	駐車場	どちらも 不要
	保・助・看・准	(手続き中・非会員)				
	保・助・看・准	(手続き中・非会員)				
	保・助・看・准	(手続き中・非会員)				
	保・助・看・准	(手続き中・非会員)				
	保・助・看・准	(手続き中・非会員)				
	保・助・看・准	(手続き中・非会員)				
	保・助・看・准	(手続き中・非会員)				
	保・助・看・准	(手続き中・非会員)				
	保・助・看・准	(手続き中・非会員)				

☆インターネット配信研修を受講される他県会員の方のみ日本看護協会会員No.を記入して下さい。

合計金額

円

☆送迎バス(有料)の有無は研修内容頁で確認して下さい。

<注> 1. 申込書はコピーしてお使いください。

2. 修了書のでる研修は氏名を記入するので楷書でお書きください。

◇提出いただいた個人情報については、本研修の実施運営に関わる作業を目的として使用し、それ以外の目的では使用いたしません。