埼玉県看護協会研修会『施設でのグループ受講申込み』

施設でのグループ受講をご希望の場合に、この様式を使用してお申し込みください。

|  |  |
| --- | --- |
| 研修名 | 開催日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 | |
| 連絡先（とりまとめ代表者）　　　　　　　 TEL  役職名　　　　　　　　　　　　　　　氏名 | |
| (フリガナ)  受講者氏名 | （フリガナ）  受講者氏名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

施設でのグループ受講について

1．『施設でのグループ受講申込み』は10日前までにメールでご連絡ください(w-info@nurse-saitama.jp)

研修5日前までに、施設で視聴するZoom招待URL等をメールでお知らせいたします。

2．研修当日：受講される方の参加状況は各施設でご確認をいただき、研修開始1時間以内にご連絡ください。

　　　　　　 連絡先；公益社団法人埼玉県看護協会研修担当TEL　070-4009-0956

　　　　　 研修終了後の受講証明書・アンケートは受講者個々の【マナブル】ページからご対応ください。

3．施設でのグループ受講申込みは、１研修毎にお申し込みください。

4．グループワーク等、研修内容によっては施設でのグループ受講が難しい場合もありますのでご了承ください。

埼玉県看護協会記載欄

|  |  |
| --- | --- |
| 申込み受領日 | 研修受講URL等返信日 |