|  |
| --- |
| 様式 1 |

令和7年度　認定看護師資格取得・特定行為研修受講等支援事業

公益社団法人埼玉県看護協会長　様

交付金申請書

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 |  |
| 生年月日 | 昭和・　平成　　　　　　年　　　　月　　　　日生　（　　　　　歳） |
| 現住所 | 〒 |
| 電話番号 | 自宅または携帯 |
| メールアドレス | 事務連絡用（個人） |
| 勤務先名 | 施設名； |
| 勤務先住所 | 〒　　　　　　　　　　埼玉県 |
| 勤務先電話番号 |  |
| 教育（研修）  機関名 |  |
| 研修期間 | 開講式：令和　　年　　月　　日　～　修了式：令和　　年　　月　　日 |
| 受講動機 |  |
| 推薦理由 | 【職位（看護師長以上）・氏名】  役職　　　　　　　　　　　　　　氏名 |