

平成 28 年度 各種研修 聴講申込書

聴講希望の 1週間前までに FAXでお申し込みください。
直前の場合はセンターまでお問い合わせください。

受付日*	受付番号*
/	

※当センター記入欄

太枠の中をご記入ください。

ふりがな			
氏名			性別 男 ・ 女
勤務施設名			
勤務施設所在地	〒 — —		
	TEL : — —	FAX : — —	
勤務部署及び担当科名	例：6B 病棟（外科）	職 位	
連絡先	聴講可否や、講義日程の変更などが生じた場合にご連絡します。 (固定電話・携帯電話いずれも可)		
	TEL : — —	FAX : — —	
職 種			

聴講を希望する科目

No.	日付（曜日）	研修名および科目名 (研修名は下記から番号を選択)	応募動機 (下記から番号を選択複数可)	センター 記入欄
1	月 日 () 午前 ・ 午後			
2	月 日 () 午前 ・ 午後			
3	月 日 () 午前 ・ 午後			

研修名

- ①ファーストレベル ②セカンドレベル ③看護学生実習指導者講習会
④介護福祉士実習指導者講習会 ⑤その他（具体的に： _____）

応募動機

- ①将来、当該研修を受講したい ②研修内容に興味がある ③講師に興味がある
④上司や周りの薦め ⑤その他（具体的に： _____）

【個人情報の取扱い】

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、これ以外の目的では使用いたしません。

送信先 FAX : 048-773-5880