申込書－２

申込先　**島根県看護協会事務局行き**

FAX ０８５２－２５－３１５７

平成 30 年度　新人看護職員 多施設合同 研修申込書

施設名

〒　　－

連絡先

TEL　　（　　）

参加の形態	○	全科目を通して受講	＊公開講座は申込書-１を使用してください。締切は全科目受講と同じ 4/13（金）です。

注：看護師のシミュレーション研修の日時は選べません。開講式後に決定します。准看護師は 7/11 看護研修センター別館でおこないます。

施設内優先順位	島根県看護協会会員№	フリガナ 氏　名	現在の職種 （該当に○をする）	現職種での経験年数	職　位 （該当に○をする）
1			保・助・看・准		スタッフ・その他（　　）
2			保・助・看・准		スタッフ・その他（　　）
3			保・助・看・准		スタッフ・その他（　　）
4			保・助・看・准		スタッフ・その他（　　）
5			保・助・看・准		スタッフ・その他（　　）
6			保・助・看・准		スタッフ・その他（　　）
7			保・助・看・准		スタッフ・その他（　　）
8			保・助・看・准		スタッフ・その他（　　）
9			保・助・看・准		スタッフ・その他（　　）
10			保・助・看・准		スタッフ・その他（　　）

※ 注 意 事 項

＊ 希望者が多い場合は優先番号順に受講を決定します。

＊ 受講生の**欠席・変更は事前**に必ず事務局まで**ご連絡**ください。**無断欠席は慎んで**ください。

＊ 研修センターの駐車場は少ないのでできるだけ公共交通機関をご利用ください。
なお、研修中の車の移動は受講の妨げとなりますのでご遠慮ください。また、研修当日、複数の研修等を行っている場合、研修センター駐車場に駐車した車は、**すべての研修終了まで移動ができません。**
ご理解の上ご了承ください。