

申込先 島根県看護協会事務局行き

FAX 0852-25-3157

島根県看護協会研修会申込書

研修会
コース名 医療安全管理者フォローアップ研修 研修開催日 5/21(月)・6/18(月)・9/18(火)・11/19(月)

施設名(又は個人名) 施設 No.

〒 ー
連絡先 TEL () ー

会員・非会員の別		フリガナ 氏名	現在の職種 (該当に○をする)	職位 (該当に○をする)	受講 決定
会員は、 島根県 看護協会 Noを記入 する			保・助・看・准 その他()	看護部長 副看護部長 師長職 主任(副師長)職 スタッフ その他	可・否

※医療安全管理者として解決したい課題

※ 注 意 事 項

- ◆ 島根県看護協会会員番号、フリガナ、現在の職種は必ず記入してください。
非会員施設よりお申込の非会員の方は、代表者(責任者)の氏名も記入してください。
連絡はその方宛に行います。

※ 4月15日(日) 締切