

第 1 7 4 回看護研修会受講申込書

— R 7 看護補助者の活用推進のための看護管理者研修 —

令和 7 年 月 日
(担当者及び連絡先)

病院名 _____ 担当者 _____
所在地 _____ Tel _____
Fax _____

◎下記のとおり参加を申し込みます。

No.	ふりがな 氏 名	現在の職位 (☑を記入して下さい。)	福岡県看護協会 会員番号
1		☐ 副看護部長	
		☐ 看護師長 ☐ その他()	
2		☐ 副看護部長	
		☐ 看護師長 ☐ その他()	
3		☐ 副看護部長	
		☐ 看護師長 ☐ その他()	
4		☐ 副看護部長	
		☐ 看護師長 ☐ その他()	
5		☐ 副看護部長	
		☐ 看護師長 ☐ その他()	

〈送信先及びお問合せ先〉
公益社団法人福岡県病院協会
Tel 092-436-2312 Fax 092-436-2313