

R5年度 一般研修申込書

送付先 : FAX 025 - 233 - 7672

郵送先 : 〒951 - 8133 新潟市中央区川岸町2丁目11 新潟県看護協会「各研修担当」係

研修会名 周産期のメンタルヘルスと心理社会的支援(WEB)	開催月日 10月 20日 月 日 月 日
施設名	電話
	FAX
施設住所 〒	申込責任者
個人会員 氏名	
自宅住所 〒	電話
	FAX

※受講条件に設定されている条件を必ず記入してください。(学習段階 I ~ IV または条件)

※該当する欄に○印を記入してください。

※記入漏れが無いよう確認してください。

※協会加入状況が「手続中」の方は、申込締切時点で登録が完了していない場合は、「非会員」となります。

優先順位	フリガナ 氏名	職能					職位					実務年数	協会加入状況			受講条件 (必ず記入)	
		保	助	看	准	その他	部長	副部長	師長	主任	スタッフ		その他	新潟県看護協会 会員番号(6桁)	手続中		未加入
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
備考	アドレス																