**ＡＷＡナース活用申請書（研修等講師）**

令和　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設名 | | |
| 管理者氏名 | | 依頼者氏名 |
| 住所　〒 | | |
| TEL： | | FAX： |
| メールアドレス： | | |
| 依　頼　内　容 | | |
| 研修名 |  | |
| 研修内容 |  | |
| 受講対象者 |  | |
| 依頼日時① | 令和　　　年　　月　　日（　　）～　　　月　　日（　　）  時　　分～　　　時　　分(休憩　　分) | |
| 依頼日時② | 令和　　　年　　月　　日（　　）～　　　月　　日（　　）  時　　分～　　　時　　分(休憩　　分) | |
| 研修場所 |  | |
| 謝金 | 時給・日給　　　　　　円 | |
| 緊急連絡先 | （担当：　　　　　　） | |
| 駐車場 | ①あり　　　　　②なし（\*注：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

\*注：駐車料金の支払いや交通費の支給がある場合にご記入ください。

※ご記入いただいた個人情報は、公益社団法人徳島県看護協会　個人情報保護管理規程に基づき管理いたします。

**申込書送付先：ＡＷＡナースサポートセンター事業　担当者宛**

**FAX：088-632-1084**