FAX：088－632－1084

平成30年度　医療安全管理者養成研修　公開講座

**研修申込書**

施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Tel

施設代表者名

　　　　　　　　　　　受講講座に○をつけてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 職種 | 受講講座 | 会員・非会員 | 領収書要・不要 |
| 受講者氏名 | 保・助・看・他（　　　　　　　） | Ａ9/11(火) | Ｂ9/19(水) | Ｃ10/5(金) | Ｄ10/11(木) | 徳島県看護協会の会員番号 |
|  | 保・助・看・他（　　　　　　　） |  |  |  |  | 会員・非会員 | 要・不要 |
|  | № |
|  | 保・助・看・他（　　　　　　　） |  |  |  |  | 会員・非会員 | 要・不要 |
|  | № |
|  | 保・助・看・他（　　　　　　　） |  |  |  |  | 会員・非会員 | 要・不要 |
|  | № |
|  | 保・助・看・他（　　　　　　　） |  |  |  |  | 会員・非会員 | 要・不要 |
|  | № |
|  | 保・助・看・他（　　　　　　　） |  |  |  |  | 会員・非会員 | 要・不要 |
|  | № |
|  | 保・助・看・他（　　　　　　　） |  |  |  |  | 会員・非会員 | 要・不要 |
|  | № |

申込書に記載された個人情報は、この研修会以外には使用しません。