ＦＡＸ送付先：０８８－６３２－１０８４

徳島県看護協会　研修担当　宛

　　　　　　　　　　**Ｆ　Ａ　Ｘ　申　込　書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| コース研修名 | 准看護師研修～感染管理～ | ※受付日　　　／ |
| 施設名 |  | FAX |
| 住　　所 | 〒 |
| 申込代表者 |  |
| **研修希望日** | **第1希望　10月 　 日** | **第2希望10月　　　日** | **第3希望10月　　　日** |
| **氏　　名（フリガナ）** | 職位 | 年代 | 県会員番号 | 未加入 | 資料代 | 領収書 |
|  |  |  |  |  | 500円 | 要・不要 |
|  |  |  |  |  | 500円 | 要・不要 |
|  |  |  |  |  | 500円 | 要・不要 |
|  |  |  |  |  | 500円 | 要・不要 |
|  |  |  |  |  | 500円 | 要・不要 |
|  |  |  |  |  | 500円 | 要・不要 |
|  |  |  |  |  | 500円 | 要・不要 |
|  |  |  |  |  | 500円 | 要・不要 |
|  |  |  |  |  | 500円 | 要・不要 |
|  |  |  |  |  | 500円 | 要・不要 |

　職位分類　①看護部長・総師長　②副看護部長・副総師長　③師長　④副師長・主任・係長等

⑤一般　⑥その他

【留意点】

１：申込書は複写可能です。

２：※欄は記入しないで下さい。

３：ご記入は正確に、また該当する欄に〇印をおつけ下さい。会員番号は、徳島県会員番号を記入して下さい。

４：キャンセルは前日までにお願いいたします。

＊ご記入いただいた個人情報は、研修申し込みへの対応上必要な手続きにのみ使用いたします。これらの個人情報は適切な安全対策の下に管理いたします。

**本研修については、資料代500円を当日集金とします。おつりのないようご準備ください。**