

# 周産期看護研修会 申込書

受講を希望されるコース NO に○をつけ、受講希望日に<sup>チェック</sup>☑を入れてください。(各1日ごとの受講可)

コース NO	研修会名	研修期間	申込期間
1	周産期看護研修会A (NICU①) <input type="checkbox"/> 全日 <input type="checkbox"/> 9月28日(水) <input type="checkbox"/> 9月29日(木)	R4.9/28~9/29	7/27~8/8
2	周産期看護研修会B (産科) <input type="checkbox"/> 全日 <input type="checkbox"/> 11月15日(火) <input type="checkbox"/> 11月16日(水) <input type="checkbox"/> 11月17日(木)	R4.11/15~11/17	9/14~9/26
3	周産期看護研修会C (NICU②) <input type="checkbox"/> 全日 <input type="checkbox"/> 12月14日(水) <input type="checkbox"/> 12月15日(木)	R4.12/14~12/15	10/18~10/31

ふりがな		性別
氏名		女・男
勤務先名称		
部(課科)名		
受講決定通知送付先住所等	(自宅・勤務先) *○をつけてください 〒  TEL ( ) 携帯(緊急時連絡先) ( ) E-mail ( )	
職種 <small>*現職場での資格に○をつけてください</small>	1. 助産師 2. 看護師 3. 保健師 4. その他 ( )	
経過年数	1. 5年以下 2. 6~10年 3. 11~15年 4. 16~20年 5. 21~30年 6. 31年以上	

上記のとおり申込みします。

年 月 日

<受講決定通知について> 受講可能な方には、申込み締切日以降10日を目途に送付します。

決定通知書の送付について希望する方法に○をつけてください。 ・郵送にて ・メールにて

※貴職場において所属長宛にも受講決定通知書が必要な方は、所属長の役職・氏名を下記にご記入ください。  
申込み者宛の受講決定通知に同封してお送りいたします。

職場名

役職名

氏名