**新人助産師　公開　様式2**

**山口県看護協会　教育研修・事業課行（ＦＡＸ番号　０８３５－２４－１２３０）**

**◆平成29年度　新人助産師研修会　公開講座　申込書◆**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修テーマ | 第　　　回公開講座 | 開催日  平成　　年  　　　月　　　日〔　　〕 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設Ｎｏ． | 施設名　： | |
| 施設住所　：　〒　　　　　　－ | | ＴＥＬ　　　－　　　－  ＦＡＸ 　　 － － |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **氏　名** | **会員番号**  **非会員の方は“非”に**  **○をつけてください** | **職能〔該当に○〕** | **経験年数** |
| **１** |  | **No　　　　　　　非** | **保・助・看・准** |  |
| **２** |  | **No　　　　　　　非** | **保・助・看・准** |  |
| **３** |  | **No　　　　　　　非** | **保・助・看・准** |  |
| **４** |  | **No　　　　　　　非** | **保・助・看・准** |  |
| **５** |  | **No　　　　　　　非** | **保・助・看・准** |  |
| **６** |  | **No　　　　　　　非** | **保・助・看・准** |  |
| **７** |  | **No　　　　　　　非** | **保・助・看・准** |  |

**※連絡事項記載欄※**

**※申し込み締め切り　　研修開催月の前月２0日**