**実習指導者と看護教員の相互研修　　研修Ⅱ申込書**

山口県看護協会　認定教育課　行

FAX送信先　0835-24-1230

平成　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 記入者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | 役　職 | 氏　　名 | 職　能 | 実習指導経験年数 | 実習指導を担当する  学生の所属看護学校 |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |

【申し込み期限：7月10日（火）】