山口県看護協会（教育研修事業課）

FAX　0835　–　24　–　1230

TEL　0835　–　28　–　7512

e-mail jigyou@y-kango.or.jp

施設名

氏名

TEL （　　　 　　　）　　　　　―

◆**平成30年度「災害支援ナース　実務編」参加申込書**◆

**※対象は、**

**①実務編・・　「災害支援ナース研修　基礎編」を修了した実務経験5年以上の保健師・助産師・看護師**

**②実務編公開講座・・　山口県看護協会　災害支援ナース登録者**

＊開催日時 : 平成30年11月30日（金）　9：20～16：00　 12月1日（土）　 10：00～16：00

＊申込期限 : 平成30年11月　3日（土）まで

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **県会員No.****（６桁）** | **氏名** | **基礎編修了 年・月** | **職能〔該当に○〕** |
| **保健師** | **助産師** | **看護師** |
| **1** |  |  | 　　　 |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |

**①実務編　受講申込者**

**②公開講座　申込者（災害支援ナース登録者）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **災害支援****ナース登録№** | **氏名** | **県会員No.****（６桁）** | **備考・連絡事項等** |
| **1** |  |  | 　　　 |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |