山口県看護協会（事業課）

FAX　0835　–　24　–　1230

TEL　0835　–　28　–　7512

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

施設名

氏名

TEL （　　　 　　　）　　　　　―

◆**令和３年度「災害支援ナース　実務編」参加申込書**◆

**※対象は、**

**「災害支援ナース研修　基礎編」を修了している実務経験5年以上の保健師・助産師・看護師です。**

＊開催日時 : 令和4年2月4日（金）　9：20～16：30　　　 2月5日（土）　 10：00～16：00

＊最終申込期限 : 令和4年1月20日（木）まで

＊定員：50名（定員になり次第締め切らせていただく場合があります。）

|  |  |
| --- | --- |
| 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** |  |  |  |  |  |  |

**受講申込者**

|  |
| --- |
| **※災害支援ナースおよびその活動について質問があればご記入ください。** |