**山口県看護協会　事業課行（ＦＡＸ番号　０８３５－２４－１２３０）**

**◆助産実践能力強化研修会　　申込書◆**

|  |  |
| --- | --- |
| 開催日 | 令和3年２月13日　（土） |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **氏　名** | **看護協会入会状況****〔該当に○〕** | **職能〔該当に○〕** | **参加について****いずれかに〇をつけてください** |
| **１** |  | **会員　・　非会員** | **保・助・看・准** | **１日****午前のみ****午後のみ** |
| **２** |  | **会員　・　非会員** | **保・助・看・准** | **１日****午前のみ****午後のみ** |
| **３** |  |  **会員　・　非会員** | **保・助・看・准** | **１日****午前のみ****午後のみ** |
| **４** |  |  **会員　・　非会員** | **保・助・看・准** | **１日****午前のみ****午後のみ** |
| **５** |  | **会員　・　非会員** | **保・助・看・准** | **１日****午前のみ****午後のみ** |
| **6** |  | **会員　・　非会員** | **保・助・看・准** | **１日****午前のみ****午後のみ** |

**この申込書は、本研修の運営に係る事項以外には使用致しません。**

**※申し込み締め切り　　令和３年２月４日**