山口県看護協会

事業課　担当　椿

FAX　0835–24–1230

施設名

氏名

TEL （　　　 　　　）　　　　　―

**病院等リンクナース育成研修会**

* **申込用紙 ◆**

＊開催日時 : 令和5年11月28日（火）13:00～16:40

＊申込期限 : 令和5年11月15日（水）

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 氏名 | 職　能（該当に○） | | | 職位 | 看護経験年数 |
| 保健師 | 助産師 | 看護師 |
| 1 |  |  |  |  |  | 年 |
| 2 |  |  |  |  |  | 年 |
| 3 |  |  |  |  |  | 年 |
| ※連絡事項等 | | | | | | |