

令和4年度 在宅看護連携強化事業

「看看連携研修」参加申込書

送付先 ※研修施設が決定した時点で、研修協力施設と兵庫県看護協会の両方にFAXしてください。

①研修協力施設 _____ FAX _____

②兵庫県看護協会 FAX 078-361-6652

【研修協力施設】

施設名	
-----	--

【参加者】

施設名		研修 担当者名	(ふりがな)
施設住所	〒		
連絡先	電話	FAX	

	氏 名	職 位	経験年数	研修日程
1	(ふりがな)			
2	(ふりがな)			
3	(ふりがな)			
4	(ふりがな)			
5	(ふりがな)			

【問合せ先】

公益社団法人兵庫県看護協会 事業部 担当：村田・細目 電話：078-341-0255（直通）

※ 個人情報の取り扱いについて、本会の個人情報保護規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。研修申込に際して得た情報は、研修の運営のために用い、これ以外の目的で使用しません。