**出前研修申込書　（Fax）**

**・ダウンロードした用紙でお申込み下さい（手書き禁！！）**

**・過去に研修を実施したご施設様はご遠慮願います**

１．開催実施施設の情報

施設名：

　　　〒　　：

　　　住所　：

　　　TEL　： 　FAX ：

２．開催希望月日(曜)・時間・内容

 1)開催期間は7月下旬～10月上旬。 　2)第2希望日まで記載(平日のみ)。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 〇月〇日（曜） | 時間○○:○○～○○:○○　 | 希望内容 |
| 第1希望 |  |  |  |
| 第2希望 |  |  |  |

　　 3)講義時間(質疑応答時間を含む)。基本は60分、最大90分。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　時間については常識的な範囲とする。

４．予定受講者数及び職種

　　　受講者数：（　　　　　）人

　　　職　　種：

５．研修責任者名(職位)： 　　　　　　　　　　　　　（氏名にはふりがなを記入）

　　　　　　　　 所属：

　　　　　　　　　☎：　　　　　　　　　　　　内線(　　　　)

　　メールアドレス：

６．研修担当者名(職位)：　　　　　　　　　　　　　　（氏名にはふりがなを記入）

所属：

　 ☎：　　　　　　　　　　　　内線(　　　　)

　 メールアドレス：

　　（研修決定後の詳細について連絡をとれるアドレスを記入。記載のない場合、誤った標記の場合は研修申し込みの受け付けは不可となります。）

７．申込締切　5月15日(厳守)

８．もれなく記入おねがいします。

申込先　　　：公益社団法人　新潟県看護協会

申込方法　　：FAX 025—233—7672

問い合わせ先：出前研修担当者

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ hoshino@niigata-kango.com