

出前研修申込書

・ダウンロードした用紙でお申込み下さい・FAX及び郵送の場合でも手書きしないでください

1. 開催実施施設の情報

施設名：

〒：

住所：

T E L：

F A X：

2. 開催希望月日(曜)・時間・内容

1)開催期間は申込からおおむね3か月後 第2希望日まで記載(平日のみ)。

2)講義時間(質疑応答時間を含む)。基本は60分、最大90分。

	○月○日(曜)	時間 ○○:○○~○○:○○	希望内容
第1希望			
第2希望			

時間については常識的な範囲でお願いします。

3. 予定受講者数及び職種

受講者数：()人

職種：

4. 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：_____

5. 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。)

6. 申込締切 10月31日(厳守)

7. オンライン受講をご希望の場合は、下記までお問い合わせください。

申 込 先：〒951-8133 新潟市中央区川岸町 2-11

公益社団法人 新潟県看護協会

FAX 025 - 233 - 7672

メールアドレス n-kensyu★niigata-kango.com

(★を@として送信してください。)