|  |
| --- |
| **申込書　1** |
| ご参加される研修会に✔して下さい。 | **ワンピース研修専用申込書** |  | 申し込み日　平成　　年　　月　　　日 |
|  □　**第2回　ワンピース研修会　2019年9月11日（水） 締切 8/30** |
| 職種 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 経験 | 年数 |
| 　1　医師（病院・在宅・施設）　　　2　□看護師　□准看護師（病院・施設)　 | 　 |  | 　　　 年 |
| 　3　訪問看護師（指定訪看ST・みなし訪問ST）　5　理学療法士　6　作業療法士 | 　　　 | 　 　ヶ月 |
| 　7　言語聴覚士　8　介護支援専門員　9　学生　１０　その他（　　　　　　　 | 　　　　　　　　　） | 　　　 |
| 施設名 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | ブロック名 |
| 　 |  |  |  |  |  |  |  | 　 | 　 |
| 連絡先 |  |  |  |  | 　 |
| 　　　TEL |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 　　　FAX | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 参加者名 |  | 参加者名 |  |  |  |
| 参加者名 |  | 参加者名 |  |  |  |
| 参加者名 |  | 参加者名 |  |  |  |
| 個人情報の取り扱いについて |
| 研修申込書で得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送に用い、この利用目的の範囲をこえて取り扱う事はありません。 |
| **訪問看護ステーション　しほう　　　　　　　　　　　ホームページアドレス　　http://www.shiho-total-k.jp/** |
| **申込先　FAX　０６－６９７１－３３１７**（定員になり次第締切らせて頂きます） |