

# 宮城県看護協会研修申込書（様式1）

（施設ごとにまとめて申込んで下さい。添書は不要です）

平成 年 月 日 申込

研修番号	2210			開催日	平成 28 年 10 月 1 日～平成 29 年 1 月 31 日		
研修名	医療安全管理者養成研修（eラーニング活用形）						
所属施設名						施設番号	
申込責任者氏名	（ご自身も受講希望の場合は下記受講者名欄にも記入してください）						
住所	〒						
電話番号				FAX 番号			
番号	受講者名	職位	経験年数	職能 （○で囲む）	入会（○ で囲む）	県協会会員番号(6桁)	
1				保 助 看 准	会 員 非 会 員		
2				保 助 看 准	会 員 非 会 員		
3				保 助 看 准	会 員 非 会 員		
4				保 助 看 准	会 員 非 会 員		
5				保 助 看 准	会 員 非 会 員		
6				保 助 看 准	会 員 非 会 員		
7				保 助 看 准	会 員 非 会 員		
8				保 助 看 准	会 員 非 会 員		
9				保 助 看 准	会 員 非 会 員		
10				保 助 看 准	会 員 非 会 員		

公益社団法人宮城県看護協会

## 【申込先】

学研メディカルサポート医療安全研修係 宛てに FAX にて、お申し込み下さい。

**FAX 番号 03-6431-1414**

※FAX が、学研メディカルサポートに届きましたら、申込書受付 FAX を返信いたします。