

10月20日(土) 17:00までに、FAXにてご連絡ください。

送信先 FAX 077-562-8998

公益社団法人 滋賀県看護協会 担当：岡本・黄瀬宛

平成30年度 <診療所・病院の外来部門で働く看護職対象>
認知症対応力向上研修会 受講申込書(診療所用)

標記研修に、下記のとおり申し込みます。

連絡先	施設名	
	施設住所	〒
	担当者名	
	T E L	
	F A X	

※ 過去受講歴に○を記入してください。

氏名	職種 (該当に○)	免許取得 後の実務 経験年数	当研修受講歴					
			25年度	26年度	27年度	28年度	29年度	
	看・准看・保・助							
	看・准看・保・助							
	看・准看・保・助							
	看・准看・保・助							
	看・准看・保・助							