|  |
| --- |
| **FAX　送信表**  茨城県ナースセンター　宛  FAX番号　**０２９-２２６-０４９３** |

**「看護管理者等研修申込書」**

平成28年　月　日

研修№　207

研修希望会場　　　　※　下記のご希望の会場名に○をお付けください

県央会場（茨城県看護協会）　　　 　平成28年12月1日（木）

県南会場（土浦訪問看護ステーション）平成28年12月8日（木）

研修名　　　平成２８年度　看護管理者等研修

申込施設名

申込担当者名

住　所　　〒

　　　ＴＥＬ　　　　　　－　　　　－

　　　ＦＡⅩ　　　　　　－　　　　－

　　　メールアドレス

受講者名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　名 | 部署・役職 | 茨城県会員番号 | 非会員 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

１．届出入院料等（届出区分）　　　　対1　入院基本料

２．夜勤時間帯（16時間）　　　　時　　分　～　　時　　分