

<様式1>

平成29年 月 日

セカンドキャリア支援研修申込書（施設申込用）

*定員により受講不可の場合は、11月20日までに連絡いたします。

連絡が行かない場合は、受講可能です。

研修No 204 研修年月日 平成29年12月1日（金）

研修名 セカンドキャリア支援研修

施設名

申込担当者名

住所 〒

TEL _____

No	氏名	年齢	看護職資格
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

<様式2>

平成29年 月 日

セカンドキャリア支援研修申込書（個人申込用）

*定員により受講不可の場合は、11月20日までに連絡いたします。

連絡が行かない場合は、受講可能です。

研修No 204 研修年月日 平成29年12月1日（金）

研修名 セカンドキャリア支援研修

申込者氏名：

年 齢：

看護職資格：

就 業 先

住 所： 〒

TEL

参加費の郵便振替先

口座番号：「00110-1-298941」

加入者：茨城県看護協会

通信欄に研修名、氏名、住所を記入してください