

平成30年度 「がん看護 コース」研修申込書

施設名	受講希望者総数(名)		
職名	氏名		
連絡先	TEL ()	FAX ()	
※E-メール()			

該当所属施設・団体に○印をつけてください。

病院 ・ 診療所 ・ 訪問看護ステーション ・ 老人保健施設 ・ 老人福祉施設 ・
その他の福祉施設 ・ 在宅関連施設 ・ 教育機関 ・ その他 ()

年齢・実務経験年数は、下記から選び「番号」を記入してください。

年 齢 :	1. 10代	2. 20代	3. 30代
	4. 40代	5. 50代	6. 60代以上
実務 経験年数 :	1. 5年以下	2. 6～10年	3. 11～15年
	4. 16～20年	5. 21～30年	6. 31年以上

※参加希望の研修日程欄に「○印」を記入してください

No	氏 名	年齢	実務 経験	研修日程						以前受講 の有無
				6/27 (水)	7/26 (木)	8/29 (水)	9/27 (木)	10/25 (木)	11/28 (水)	
1										有・無
2										有・無
3										有・無
4										有・無
5										有・無

※ 本研修会申込書は研修および担当講師との調整を目的としており、それ以外の目的では使用いたしません。

申し込み期限: 5月31日(木)