2020年度**災害支援ナースフォローアップ研修申込書**

**開催期間：10月17日**

* FAXまたはメールでお申し込みください。（申込期間　9/1～9/23）

**FAX番号：0985‐58‐2939**　（かがみ不要。申込書のみ送付してください）

* 本申込書の受付け後、「協会からの回答」を記入したこの用紙を、応募期間終了後1週間以内にFAXします。お手元に届かない場合は電話（0985-58-0622）でお問い合わせください。
* 申込書の各欄に記入、または該当する項目に○印をつけてください。各欄とも正確にご記入お願いします。
* 同じ内容で2回開催しますので、希望する受講回に〇印を付けてください。なお、定員が超過した場合は調整いたしますことをご了承ください。
* 会員の方は、会員番号を必ずご記入ください。

 申込日：　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属施設名 |  |  |
|  | 申込み責任者： | TEL： |
|  | FAX： |
| NO | 氏　名 | 職　種 | 1回目（午前） | 2回目（午後） | 災害支援ナース登録番号 | 宮崎県看護協会入会の有無 |
| 会員№を記入 | 手続中 | 非会員 |
| １ |  | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |  |
| ９ |  | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ♦協会からの回答・返信欄* 申込が定員を超えました。受講回の変更をお願いいたします。

1回目　→　2回目　　　　2回目　→　1回目　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当（　　　　　　　　　　　　）* 申込書を受け付け、受講を決定いたしました。キャンセルは、必ずお知らせ下さい。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　担当（　　　　　　　　　　　　）（返信欄） |