

参加申込書

F A X 送 信 先 : 0 2 6 7 - 6 8 - 6 6 8 7

申込日 平成 30 年 月 日

(ふりがな)				性別 □男性 □女性
参加者名				
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)			
職 種	□医師 □歯科医師 □薬剤師 □看護師 □その他 ()			
免許取得年月日	昭和・平成 年 月			
専攻科名	科 (科) 例：内科 (循環器科)			
臨床経験年数	年			
看護師の場合	<input type="checkbox"/> 特定行為研修修了者である <input type="checkbox"/> 認定・専門看護師である <input type="checkbox"/> 大学等での教授経験がある		※看護師の指導者は、特定行為研修を修了した者又はこれに準ずる者であることとされているため、左記の方を優先します。	
(ふりがな)				
所属施設名				
所在地	〒 -			
施設について	<input type="checkbox"/> 指定研修機関である □指定研修機関として現在申請中である <input type="checkbox"/> 今後、指定研修機関として申請予定である <input type="checkbox"/> 協力施設である □協力施設として現在申請中である <input type="checkbox"/> 今後、協力施設として申請予定である			
	一般 (床) 療養 (床) 精神 (床) その他 (床) 合 計 (床)			
連絡先	部課(科)		役職	
	電 話		FAX	
	e-mail			
参加希望日程 ※ () に <u>希望する日程の 順位を記入する</u>	第 1 回 10 月 6 日(土) : 佐久会場 () 第 2 回 11 月 18 日(日) : 松本会場 () 第 3 回 12 月 8 日(土) : 佐久会場 ()		※第 1 希望～第 3 希望まで 必ず記入してください。 第 1 希望の場合 (1) 第 2 希望の場合 (2) 第 3 希望の場合 (3)	

【お問い合わせ先】

学校法人佐久学園 佐久大学 看護師特定行為研修指導者講習会担当

〒385-0022 長野県佐久市岩村田 2384 TEL : 0267-68-6680 FAX : 0267-68-6687