

公益社団法人 群馬県看護協会 研修受講申込書

研修名		開催日	
		申込日	
施設名	施設No.	電話	
住所	〒	FAX	
地区名		担当者	
受講条件の確認		<input type="checkbox"/> 確認済	担当者mail

優先順位	氏	名	職能 (該当職種に○)	群馬県会員番号 (非会員は空欄)	備考
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		

【受講申込の受付はインターネットからの申込を優先します】

郵送でお申し込みの方は、返信用封筒(返信先住所・氏名を記入)を同封のうえ、**申込期間必着**で群馬県看護協会宛てお申し込みください。なお、申込期間外に申込書が到着した場合、受付できませんのでご注意ください。申込期間終了後、受講が可能な場合、受講料コンビニ収納のご案内をお送りします。

〒371-0007 群馬県前橋市上泉町1858-7
 公益社団法人群馬県看護協会 教育担当 行