

令和 年 月 日

茨城県看護協会長 殿

実習指導者講習会申請書

令和 2 年度実習指導者講習会の受講者として、適任と認め下記の者を申請致します。

優先順位	職種	氏名	年齢	職位	会員番号(県)	非会員
1						
2						
3						
4						
5						

施設名

代表者氏名

住所 〒

電話 ()

FAX ()

個人情報の取り扱い：本研修申込みで得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送に用い、この利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことはありません。