eラーニング学習　受講申込書

【申込先】 **Fax** 0956-23-8212　**Mail** nagasaki.kyaria@sweet.ocn.ne.jp **HP** http://nagasakikango-career.com

申込日:　　年　　月　　日

施　設　名	
申込責任者	役職　　ふりがな 氏名
住　　所	〒
連　絡　先	TEL FAX
M a i l	＊必ずご記入ください。
この研修をどこでお知りになりましたか	□ホームページ　□知人からの紹介　□研修計画書　□その他【　　】 □チラシ(受取場所 → □ハローワーク　□職場　□その他【　　】)
研修後の活用について	＊複数回答可。必ずご回答ください。 □看護実践に活用する　□チームの問題点の改善に活用する　□指導教育に活用する □チームの看護マニュアル統一に活用する　□組織の看護の質向上に役立てる □その他(　　)
受　講　者	ふりがな 氏　名 / 職　種 保・助・看・准 他 (　　)
受講場所	□ 長崎県看護キャリア支援センター □ 勤務先・自宅 → Zoom招待いたします(メール欄のご記入をお願いします)
受講希望研修	＊複数申し込み可。 月　日　研修名【　　】 月　日　研修名【　　】 月　日　研修名【　　】 月　日　研修名【　　】 月　日　研修名【　　】 月　日　研修名【　　】

※ 申し込み受付後、事務局よりメールを差し上げます。