

看護教員・施設教育担当者研修 受講申込書

【申込先】 Fax 0956-23-8212 Mail nagasaki.kyaria@sweet.ocn.ne.jp HP <https://nagasaki-kango-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	職場	-----			
	携帯	-----			
M a i l					
ふりがな 受講者氏名	必要な方のみチェックしてください		年 齢	受講希望日	職 種
	領収書	受講証明書			
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20歳代 <input type="checkbox"/> 30歳代 <input type="checkbox"/> 40歳代 <input type="checkbox"/> 50歳代 <input type="checkbox"/> 60歳代以上	<input type="checkbox"/> 第1回(8/4) <input type="checkbox"/> 第2回(8/19) <input type="checkbox"/> 第3回(8/31) <input type="checkbox"/> 第4回(9/5)	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准
電話番号	-----				
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20歳代 <input type="checkbox"/> 30歳代 <input type="checkbox"/> 40歳代 <input type="checkbox"/> 50歳代 <input type="checkbox"/> 60歳代以上	<input type="checkbox"/> 第1回(8/4) <input type="checkbox"/> 第2回(8/19) <input type="checkbox"/> 第3回(8/31) <input type="checkbox"/> 第4回(9/5)	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准
電話番号	-----				
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20歳代 <input type="checkbox"/> 30歳代 <input type="checkbox"/> 40歳代 <input type="checkbox"/> 50歳代 <input type="checkbox"/> 60歳代以上	<input type="checkbox"/> 第1回(8/4) <input type="checkbox"/> 第2回(8/19) <input type="checkbox"/> 第3回(8/31) <input type="checkbox"/> 第4回(9/5)	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准
電話番号	-----				
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20歳代 <input type="checkbox"/> 30歳代 <input type="checkbox"/> 40歳代 <input type="checkbox"/> 50歳代 <input type="checkbox"/> 60歳代以上	<input type="checkbox"/> 第1回(8/4) <input type="checkbox"/> 第2回(8/19) <input type="checkbox"/> 第3回(8/31) <input type="checkbox"/> 第4回(9/5)	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准
電話番号	-----				
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20歳代 <input type="checkbox"/> 30歳代 <input type="checkbox"/> 40歳代 <input type="checkbox"/> 50歳代 <input type="checkbox"/> 60歳代以上	<input type="checkbox"/> 第1回(8/4) <input type="checkbox"/> 第2回(8/19) <input type="checkbox"/> 第3回(8/31) <input type="checkbox"/> 第4回(9/5)	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准
電話番号	-----				
この研修をどこで お知りになりましたか	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 研修計画書 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> ナースセンターからの紹介 <input type="checkbox"/> しま☆ナース通信 <input type="checkbox"/> 広報誌・新聞広告 <input type="checkbox"/> ナースセンター LINE <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> チラシ (受取場所→ <input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 自治体 <input type="checkbox"/> コンビニ)				

※複数でお申し込みの場合は、個人に連絡が取れる連絡先のご記入をお願いします。

※受付後、受講料お支払方法のご案内をお送りします。

※研修当日は、各自昼食をご持参ください。

※WEB希望の方へは研修の1週間前までに資料および ZoomID・パスコードを申込施設へお送りします。