|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講を希望されるコースNOに〇をつけ、受講希望日に☑を入れてください。（各1日ごとの受講可） | | | |
| **コース**  NO | 研 修 会 名 | 研 修 期 間 | 申 込 期 間 |
| 1 | 周産期看護研修会Ａ〈ＮＩＣＵ①〉  □全日 　□9月28日(水) 　□9月29日(木) | R4.9/28～9/29 | 7/27～8/8 |
| 2 | 周産期看護研修会Ｂ〈産科〉  □全日　 □11月15日(火)　□11月16日(水)　□11月17日(木) | R4.11/15～11/17 | 9/14～9/26 |
| 3 | 周産期看護研修会Ｃ〈ＮＩＣＵ②〉  □全日　 □12月14日(水)　□12月15日(木) | R4.12/14～12/15 | 10/18～10/31 |

**周産期看護研修会 申込書**

チェック

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　別 |
| 氏　　名 |  | 女・男 |
| 勤務先名称 |  | |
| 部(課科)名 |  | |
| 受講決定通知送付先住所等 | （ 自宅 ・ 勤務先 ）＊〇をつけてください  〒 | |
| TEL（　　　　　　　　　　　　　　　） 携帯（緊急時連絡先）（　　　　　　　　　　　　　　　）  E-mail（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　） | |
| 職　　種  ＊現職場での資格に  〇をつけてください | １. 助産師 　 ２．看護師 　 ３．保健師　 ４．その他（ 　　　　　　　） | |
| 経験年数 | １．5年以下　 ２．6～10年　 ３．11～15年　 ４．16～20年　 ５．21～30年　 ６．31年以上 | |

上記のとおり申込みします。　　 　　　　 　　　　　　　 　　　 　 　 　 年 月 日

＜受講決定通知について＞ 受講可能な方には、申込み締切日以降10日を目途に送付します。

決定通知書の送付について希望する方法に〇をつけてください。　　**・**郵送にて 　　**・**メールにて

※貴職場において所属長宛にも受講決定通知書が必要な方は、所属長の役職・氏名を下記にご記入ください。

申込み者宛の受講決定通知に同封してお送りいたします。

職場名　　　　　　　　　　　　 役職名　　　　　 　　　　　　　氏名