【様式４】

新人看護職員研修「実地指導者研修」「教育担当者研修」申込書

（受講コースを選択し☑を記して下さい）

受講コース	□新人看護職員研修実地指導者研修 □新人看護職員研修教育担当者研修

（ふりがな） 氏　名		生年月日　　年　　月　　日	
職　種	□　保健師 □　助産師 □　看護師	実務経験	年
入会の有無	□会員　　□入会手続き中　　□非会員		
所属施設	施設名 （　　） 所在地 〒 電話番号：　　ＦＡＸ：		
設置主体			
職　位	実地指導者研修	教育担当者研修	
	□看護師長 □主任 □スタッフ □その他（　　）	□副看護部長 □教育担当副看護部長 □教育担当看護師長 □主任	
受講動機			

公益社団法人　沖縄県看護協会