No.62 看護職のワーク・ライフ・バランス推進事業報告会 申込書

(申込年月日)

西暦 2025 年 月 日

- ・記入欄は正確に記載し、該当するものに√印をつけてください。
- ・申込期間は、10/1～10/31です。

施設名				
連絡先	担当者		役職	
	TEL	(内線)	FAX	
	E-Mail			

No.	ふりがな	就労職種	協会入会状況	看護職実務経験年数
	氏名			職位
1		☐ 保健師 ☐ 助産師	☐ 会員	年
		☐ 看護師 ☐ 准看護師 ☐ その他 ()	(No.) ☐ 非会員	
2		☐ 保健師 ☐ 助産師	☐ 会員	年
		☐ 看護師 ☐ 准看護師 ☐ その他 ()	(No.) ☐ 非会員	
3		☐ 保健師 ☐ 助産師	☐ 会員	年
		☐ 看護師 ☐ 准看護師 ☐ その他 ()	(No.) ☐ 非会員	
4		☐ 保健師 ☐ 助産師	☐ 会員	年
		☐ 看護師 ☐ 准看護師 ☐ その他 ()	(No.) ☐ 非会員	
5		☐ 保健師 ☐ 助産師	☐ 会員	年
		☐ 看護師 ☐ 准看護師 ☐ その他 ()	(No.) ☐ 非会員	
6		☐ 保健師 ☐ 助産師	☐ 会員	年
		☐ 看護師 ☐ 准看護師 ☐ その他 ()	(No.) ☐ 非会員	
7		☐ 保健師 ☐ 助産師	☐ 会員	年
		☐ 看護師 ☐ 准看護師 ☐ その他 ()	(No.) ☐ 非会員	

申込みをもって受講決定とします

お問い合わせ先 : 富山県ナースセンター TEL 076-433-5251 / FAX 076-433-5281

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取り扱うことはありません。