

研修名			
研修のねらい			
研修内容			
開催日時	令和 年 月 日( ) : ~ :		
対象者	看護職(会員・非会員)	定員	名
研修会場 会場住所	_____ 〒 _____ TEL: ( )		
講師 ファシリテーター	氏名: 所属: 役職(職位): 出務時間: : ~ :		
・講師又はファシリテーターが複数の場合は、別紙に記入し送付してください 謝金額については、協会規程に準じた額となります。 ・講師に情報公開(インターネット及び紙面上への公表)について了承を得てください。			
研修担当者名	支部担当者氏名: _____ 所属施設: _____ TEL: ( ) メールアドレス: _____@_____		