奈良県看護協会地域看護事業部宛　　　**FAX番号　0744-24-7703**

様式A

**令和6年度　訪問看護技術研修【カスタム】**

**研修申込書**

　　　　　**令和　　年　　　月　　　日**

施設名　：

管理者名：

電話番号：

FAX番号：

メールアドレス：

|  |
| --- |
| **＜希望する研修＞　カスタム番号 または カスタマイズの内容を記載** |
| **＜演習講師＞**□ 必要なし（自部署の職員間で行う）□ 必要あり* 外部講師➡　講師名(　　　　　　　　　　　　　　)
 |
| **＜希望日時＞　第3希望まで日時を記入**（時間は概ね2時間以内）第1希望：第２希望：第３希望： |
| **＜受講者名＞　マナブル未登録者は、新規登録してください**1.2.3.4.5. |