

令和 7年 12月 日

一般社団法人 埼玉県訪問看護ステーション協会会長 宛
 埼玉県訪問看護教育ステーション研修(埼玉県立小児医療センター見学研修)申込書
 ・上記研修について受講を希望します。

事業所	名称				
	住所	〒 — TEL — — FAX — — Email			
	管理者名	⑩			
受講希望者の情報	ふりがな			年齢	女
	氏名			歳	男
	職名	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 保健師* *該当する職名に☑をつける		常勤・非常勤	
	専門職名	<input type="checkbox"/> 専門看護師 () <input type="checkbox"/> 認定看護師 () <input type="checkbox"/> 看護師特定行為研修修了者 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし *該当する職名に☑をつけ専門領域を記載			
	職歴	施設名	年 月 ~ 年 月	常勤・非常勤	
	施設名	年 月 ~ 年 月	常勤・非常勤		
	施設名	年 月 ~ 年 月	常勤・非常勤		
	施設名	年 月 ~ 年 月	常勤・非常勤		
	施設名	年 月 ~ 年 月	常勤・非常勤		
研修参加希望日	() 令和 8年 1月 13日(火) () 令和 8年 2月 10日(火) () 令和 8年 3月 10日(火) () 上記 3日間どこでも可能 ※()内に 1 から優先順位の番号を記載				
受講の動機・目的					

返送先 【自施設の所在地の教育ステーション宛に FAX を送信 一覧参照】