送付先: 看護師の特定行為に係る指定研修機関協議会事務局宛

E-mail: tokutei_nurse@herusu-shuppan.co.jp

FAX: 03-3380-8627

看護師の特定行為に係る指定研修機関協議会

入会申込書 【特別会員(個人)】

令和 年 月 日

看護師の特定行為に係る指定研修機関協議会 会長 殿

看護師の特定行為に係る指定研修機関協議会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

※【特別会員(個人)】は特定行為研修を修了した看護師に限ります。

フリガナ 氏 名						
生年月日	西暦	年 /	月	日	性別	男・女・その他
看護師免許番号						
施設名						
部署						
役 職					,	
施設住所		都道府県名	1		郵便番号	
メールアドレス						
施設 TEL				施設 FAX	(
自宅住所		都道府県名	7		郵便番号	
自宅 TEL				自宅 FAX	(
携帯 TEL			郵便物送 付先希望	施	施設 ・ 自宅	
備考						

【事務局記載欄】

承 認	
入会日	
会員番号	