

平成30年度 高知県看護協会 研修申込書

研 修 会 名	介護報酬・診療報酬改定説明会		
開 催 日	平成 年 月 日 ( 曜日 )	いずれかを○で囲む 1日・午前・午後	
勤 務 先			
連 絡 先	( ) -		
申込代表者名			

注) ①申し込みは1研修毎に申込み書1枚を使用してください。  
 ②記入漏れの無いようご確認ください。(県会員番号は、記入必須)  
 ③当該年度の新入会員は、下記の「新入会員」を○で囲んでください。

必須

No	高知県会員番号 (6桁)						会員状況		ふりがな 氏 名	職種 (○で囲む)	備考 (多職種等)
1							会員	新入 会員	-----	保 助	
							非会員			看 准	
2							会員	新入 会員	-----	保 助	
							非会員			看 准	
3							会員	新入 会員	-----	保 助	
							非会員			看 准	
4							会員	新入 会員	-----	保 助	
							非会員			看 准	
5							会員	新入 会員	-----	保 助	
							非会員			看 准	
6							会員	新入 会員	-----	保 助	
							非会員			看 准	
7							会員	新入 会員	-----	保 助	
							非会員			看 准	
8							会員	新入 会員	-----	保 助	
							非会員			看 准	
9							会員	新入 会員	-----	保 助	
							非会員			看 准	
10							会員	新入 会員	-----	保 助	
							非会員			看 准	