

研修（受講者変更・欠席）届

研修の変更・欠席等については、事前に電話連絡し了承を得たうえで FAX してください。
記

届出日 年 月 日

所属施設			
担当者名		電話番号	

↓ 該当する項目の□に✓をつけてください

受講者変更 ※受講者の職種・会員非会員の別が、同一の方に限ります

研修番号	研修名		
変 更 前		変 更 後 の 受 講 者 氏 名	
受講番号	受講者氏名	(フリガナ)	
理由	【様式1を併せて送付してください】		
会員区分	<input type="checkbox"/> 千葉県会員 <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 他県会員(県名)		
会員区分	<input type="checkbox"/> 千葉県会員 <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 他県会員(県名)		
		受講決定通知書の案内 (いずれかに○をつけてください) Web ・ 郵送	

欠 席

受講番号	受講者氏名	研修番号	研修名
<欠席の理由>			

送信先 公益社団法人千葉県看護協会 教育部教育課
FAX 043 - 248 - 7246

協会 使用 欄	処理日
	月 日
	印