|  |
| --- |
| ＜様式3＞ |
| **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。**

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** | | | 受講番号 | 受講者氏名 | 受講者氏名 | | | （フリガナ） | （フリガナ） | | |  |  |  | | | 理由 |  | **申込書〈様式1〉を併せて送付してください** | | | 会員区分 | □千葉県会員　　□非会員 | | 会員区分 | □　千葉県会員　　□　非会員  □　他県会員（県名　　　　　　） | 千葉県看護協会会員番号 | | | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | | | | 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 | |  | （フリガナ） |  |  | |  | | ＜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**