|  |
| --- |
| ＜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**