

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					
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	<input type="checkbox"/> 千葉県会員 <input type="checkbox"/> 非会員	
会員区分	<input type="checkbox"/> 千葉県会員 <input type="checkbox"/> 非会員		千葉県看護協会会員番号		
	<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
	(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
-----	---

協会 使用 欄	処理日
	月 日
	印