**メール送信先：**[**w-info@nurse-saitama.jp**](mailto:w-info@nurse-saitama.jp)

埼玉県看護協会研修

**『施設でのグループ受講申込み』申請書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修名 |  | 開催日 | 年　　　　月　　　　日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書送信日 | 年　　　　　月　　　　　　日 | | |
| 施設名 |  | | |
| 担当者（連絡先） | 氏　名  （所属部署/役職名：　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 電話番号 |  | | |
| メールアドレス |  | | |
| (フリガナ)  受講者氏名 | | （フリガナ）  受講者氏名 | （フリガナ）  受講者氏名 | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |

1．研修開催の10日前までに、この申請書を　[**w-info@nurse-saitama.jp**](mailto:w-info@nurse-saitama.jp)宛に送信してください。

研修開催の5日前までに、施設で視聴するZoom招待URL等をメールでお知らせいたします。

2．研修当日：受講される方の参加状況は各施設でご確認をいただき、研修開始1時間以内にご連絡ください。

　　　　　　 連絡先；公益社団法人埼玉県看護協会研修担当TEL　070-4009-0956

　　　　　 研修終了後の受講証明書・アンケートは受講者個々の【マナブル】ページからご対応ください。

3．施設でのグループ受講申込みは、１研修毎にお申し込みください。

4．グループワーク等、研修内容によっては施設でのグループ受講が難しい場合もありますのでご了承ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 協会担当者記載欄 | 申請書受信日 | 研修受講URL等返信日 |