

2019年度 千葉県看護協会研修申込書

太枠内のすべての項目にご記入ください。□には、該当項目に✓(チェック)をつけてください。

研修番号	研修名				
フリガナ	会員区分 (他県会員は県名)		千葉県看護協会会員番号 (他県会員の方は入会している協会の会員番号)		
氏名	<input type="checkbox"/> 千葉県会員 <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 他県会員 (県名)		日本看護協会会員番号		
	<input type="checkbox"/> 入会手続き中 (月 日)				
性別	生 年 月 日		職 種		実務経験
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> (西暦) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 准看護師	年	
職 位 (必須)					
<input type="checkbox"/> 看護部長 <input type="checkbox"/> 副看護部長 <input type="checkbox"/> 師長 <input type="checkbox"/> 副師長 <input type="checkbox"/> 主任 <input type="checkbox"/> 副主任 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> その他 ()					
施設会員の方			個人会員の方		
施設名			受講決定通知書送付先 (〒 —)		
病床数または利用者定員	施設内順位		連絡先電話番号		
	<small>※定員を超えた場合は、施設内順位を考慮し受講決定をします。施設内から複数名申込みの場合は、必ず記入してください。</small>		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> その他 ()		
受講料支払者		受講決定可否の案内		勤務している方はその施設名	
<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 受講者本人		<input type="checkbox"/> Web <input type="checkbox"/> 郵送			
No.31 災害医療と看護(実践編) 申込み記入欄 (必須)			No.31 災害医療と看護(実践編) 申込み記入欄 (必須)		
1. インターネット配信研修「災害医療と看護」 (日本看護協会) 受講歴について 修了年度 (平成 年度) 修了番号 ()			1. インターネット配信研修「災害医療と看護」 (日本看護協会) 受講歴について 修了年度 (平成 年度) 修了番号 ()		
2. 千葉県以外の場合、受講した都道府県名 () ※Webの施設専用サイトで申込みの場合は、 受講申込み画面の「協会への伝言」へ入力ください。			2. 千葉県以外の場合、受講した都道府県名 () ※必ず記入下さい		

※郵送による申し込みの場合、様式1(研修申込書)と受講決定通知返送用に切手を貼付した封筒をお送りください。

講師への質問

--

- 個人情報の取扱いについて、当協会の個人情報保護規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。申込に関して提出していただく個人情報は研修に伴う書類作成・発送にのみ用い、この利用範囲を超えて取扱うことはいたしません。

- 応募要件を確認のうえお申込み下さい。

公益社団法人千葉県看護協会 教育部教育課 〒261-0002 千葉市美浜区新港 249-4

TEL : 043-245-1744 (代表) TEL : 043-245-1980 (教育部教育課) FAX : 043-248-7246

コピーしてお使いください

公益社団法人千葉県看護協会