

平成30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	千葉県看護協会会員番号			
氏名	<input type="checkbox"/> 千葉県会員 <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 他県会員	日本看護協会会員番号			
性別	生年月日	職 種		実務経験	
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<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					
<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	※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。	連絡先電話番号		
			<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.23 災害医療と看護 (実践編) 申込み 記入欄	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()		No.23 災害医療と看護 (実践編) 申込み 記入欄	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 ()	

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。