

令和2年度 千葉県看護協会生涯教育研修申込書

〈様式1〉

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			
	□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	西暦 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			連絡先住所 〒 -				
病床数または利用者定員		施設内順位		連絡先電話番号 □自宅 □携帯電話 □その他 ()			
受講料支払者		受講決定可否の案内		勤務先施設名		受講決定可否の案内	
<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 受講者本人		<input type="checkbox"/> Web <input type="checkbox"/> 郵送				<input type="checkbox"/> Web <input type="checkbox"/> 郵送	

- 注1) 施設会員の申込は、所属施設のご担当者様が行います。受講希望者個人での申込はできません。
 注2) 郵送による申し込みの場合、様式1(申込書)と切手付返送用封筒を同封してお送りください。

【No.30 災害医療と看護】

【必須項目】 No.30 災害医療と看護(実践編)をお申込みの方は下記をご記入下さい。

- インターネット配信研修
 「災害支援ナースの第一歩～災害看護の基本的知識～」 ※WEB申込の場合は受講申込画面の【協会への伝言】ご記入下さい。
 (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()
- 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。
- 応募要件を確認の上お申込み下さい。
 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