|  |
| --- |
| **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 |  | * 千葉県会員
* 非会員
* 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 |
| □ 男□ 女 |  西暦　　　　 　年　　　月　　　日 | □ 保健師　　□ 助産師□ 看護師 □ 准看護師 | 年　　　　　 |
| **職　位（必須）** |
| □ 看護部長　　□ 副看護部長　　□ 師長　 　□ 副師長　 　□ 主任　 　□ 副主任□ スタッフ　 □ 教員　　 　 □ 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 |
| □　施　設□　受講者本人 | □　Ｗｅｂ　□　郵送 |  | □　Ｗｅｂ　□　郵送 |
| **Web配信研修申し込みの方のみ下記に必ずメールアドレスをご記入ください。** |
| **メールアドレス（半角）＊必須**　　　　　　　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　＊受講料入金確認後に招待メールを送信します。メール受信できるようにドメイン指定受信設定（「cna.or.jp」を受信できる設定）を必ず設定してください。 |
| 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。**
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。**

**【№30　災害医療と看護】** |
| **【必須項目】№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ください。****※施設・会員専用サイトから申込む場合は受講申込画面の【協会への伝言】に入力してください。** |
| 1. 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～」　　（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**（　　　　　　　）** |

 ●　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ください。

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