|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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