

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)		
	□入会手続き中 (月 日)		日本看護協会会員番号	
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	〒 ー
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。

- 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。

- 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 ()
- 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

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