

様式 B

(ポイントを使用して受講する方専用申込書)
秋田県看護協会研修会申込書

No. _____

受講決定通知

- ① 申し込みは**太枠内に記入漏れがないように記載し、該当するところに☑**して下さい。
- ② 申込書は該当年度の教育計画冊子の様式をコピー、またはホームページよりダウンロードしてご使用下さい。
- ③ 研修会、受講者に関する**連絡は、全て申込代表者にいたします(個人申込を除く)**のでご協力をお願いします。
※事前キャンセル等のご連絡も申込み代表者の方がご連絡下さい。

送付先・お問い合わせ先 秋田県看護協会 事業部教育研修係
〒010-0874 秋田市千秋久保田町6-6 FAX:018-831-8023 (事業部直通)

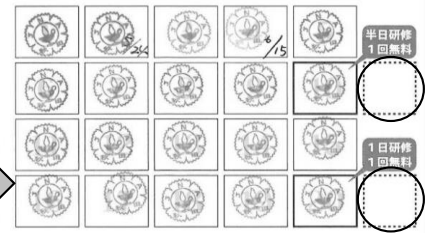
研修No.		研修テーマ:				申込受付日 協会使用欄 / □入力済
開催日	月 日					
施設No.		施設名:				
<input type="checkbox"/> 施設住所		※施設または自宅住所に☑をつけて下さい。				
<input type="checkbox"/> 自宅住所						
申込代表者	連絡部署		申込担当者職位		TEL:	
	氏名		<input type="checkbox"/> 看護部長 <input type="checkbox"/> 副看護部長 <input type="checkbox"/> 看護師長 <input type="checkbox"/> 副看護師長 <input type="checkbox"/> 係長・主任 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> その他 ()		FAX:	
協会記入欄 受講可否	施設内 優先 順位	県協会 個人会員 No.	ふりがな 受講希望者名	職能	実務経験 年数	申込必要事項記入
可・否	1	<input type="checkbox"/> 会員手続中		<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准	<input type="checkbox"/> 10年未満 <input type="checkbox"/> 10~20年 <input type="checkbox"/> 21年以上	職位: 備考:
可・否	2	<input type="checkbox"/> 会員手続中		<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准	<input type="checkbox"/> 10年未満 <input type="checkbox"/> 10~20年 <input type="checkbox"/> 21年以上	職位: 備考:
可・否	3	<input type="checkbox"/> 会員手続中		<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准	<input type="checkbox"/> 10年未満 <input type="checkbox"/> 10~20年 <input type="checkbox"/> 21年以上	職位: 備考:

ポイントを使用して受講される方とは…?

この申込用紙は、**秋田県看護協会の会員**で、平成29年4月1日より開始した会員特典の「**研修応援ポイントカード**」を使用して受講する**方専用の申込様式**となります。

- ☆10ポイントで一般教育研修会の半日研修が無料で受講できます。
- ☆20ポイント（半日研修で使用したポイントを含めて）で一般教育研修会、公開講座の1日研修が無料で受講できます。

受講当日は、**受付にて「研修応援ポイントカード」の提示が必要**となりますので、ご持参願います。



(見本)

※個人情報の取り扱い… 本研修申込みで得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送に用い、この利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことはありません。

※どちらかに☑をつけて下さい。 他の施設でキャンセルが出た場合は連絡を (希望する 希望しない)