専用申込書

病棟・訪問看護師交流研修

① 申込みは**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、全て申込み代表者にいたします（個人申込みを除く）**のでご協力お願いします。
※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）

申込締切日：平成30年5月14日㈪

平成30年　　月　　日　現在

施設No.		施設名			
☐ 施設住所 ☐ 自宅住所	㊡			申込受付日（協会使用欄） ☐ 入力済	
TEL:		FAX:			
申込代表者		申込代表者職位			
県看護協会個人会員No.	受講希望者氏名 ふりがな	性別	☐ 男　☐ 女	年齢 歳	実務経験年数 ☐ 10年未満 ☐ 10～20年 ☐ 21年以上
☐ 会員手続中 ☐ 非会員	職位	☐ 看護部長　☐ 副看護部長　☐ 看護師長　☐ 副看護師長 ☐ 係長・主任　☐ スタッフ　☐ その他（　　）			
職能	☐ 保健師　☐ 助産師　☐ 看護師　☐ 准看護師				

＊実習希望日　記入欄
9月10日㈪～9月28日㈮までの間（土・日・祝日を除く 9:00～16:00）、見学実習を希望する日を第1希望から第3希望まで記入して下さい。

＊第1希望　　月　　日　、　＊第2希望　　月　　日　、　＊第3希望　　月　　日

受講可否 （協会使用欄）	☐ 可　・　☐ 否

【研修に対するお問い合わせ等記入欄】

※公開講座を希望する方は、「公開講座専用申込書」でお申込み下さい。
※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。

公益社団法人　秋田県看護協会