

申込日:平成30年 月 日 No. _____

看護職員認知症対応力向上研修

- 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 申込書はコピーしてご使用下さい。

申込受付日
協会使用欄

入力済

施設No.	施設名:				
<input type="checkbox"/> 施設住所	※施設または自宅に☑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:	
No.	ふりがな 受講希望者名	会 員 非会員別	職 能	実務経験 年 数	申込必要事項記入
1		<input type="checkbox"/> 会 員 <input type="checkbox"/> 会員手続中 <input type="checkbox"/> 非会員	<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	生年月日: 職位:
2		<input type="checkbox"/> 会 員 <input type="checkbox"/> 会員手続中 <input type="checkbox"/> 非会員	<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	生年月日: 職位:
3		<input type="checkbox"/> 会 員 <input type="checkbox"/> 会員手続中 <input type="checkbox"/> 非会員	<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	生年月日: 職位:
4		<input type="checkbox"/> 会 員 <input type="checkbox"/> 会員手続中 <input type="checkbox"/> 非会員	<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	生年月日: 職位:
5		<input type="checkbox"/> 会 員 <input type="checkbox"/> 会員手続中 <input type="checkbox"/> 非会員	<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	生年月日: 職位:

※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。

お申込み先 : 〒010-0874 秋田市千秋久保田町6-6 公益社団法人秋田県看護協会 事業部教育研修係宛

* 生年月日のご記入はお間違えのないように、ご注意ください。

* 申込書は、必要事項を全て記入し、ご郵送下さい。