

申込日：平成30年 月 日

指導期保健師研修

受講決定通知

- 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 研修会に関する**連絡は、全てご本人宛にいたします。**
※事前キャンセル等のご連絡がある場合はご連絡下さい。

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9月10日（月）17:00

研修No.	研修テーマ：保健師階層別研修会(指導期保健師研修)					協会使用欄 申込受付日 <input type="checkbox"/> 入力済	
開催日 10月22日							
施設No.	施設名：						
<input type="checkbox"/> 施設住所 <input type="checkbox"/> 自宅住所	※施設または自宅住所に☑をつけて下さい。 〒 -						
申込者	連絡部署 ()		職位	*現在の職位を記入		TEL:	
	ふり 氏	がな 名				FAX:	
協会記入欄 受講可否	会 員 非 会 員	県看護協会 個人会員 No.	ふり 氏	がな 名	実務経験 年数	中堅期コンサルテー ション研修事業受講	備考
<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 会 員				<input type="checkbox"/> 10年未満 <input type="checkbox"/> 10~20年 <input type="checkbox"/> 21年以上	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 非 会 員						
受講動機(目的)							

※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。