

申込日:平成29年 月 日 No.

## 平成29年度秋田県看護協会 研修会申込書および受講決定通知

- 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 申込書はコピーしてご使用下さい。  
 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

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	
開催日 月 日							☐入力済	
施設No.		施設名:						
☐施設住所		※施設または自宅に☑をつけて下さい。						
☐自宅住所								
申込 代表者	連絡部署 氏 名		申込担当者職位 ☐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 ( )			TEL:		
						FAX:		
協会記入欄 受講可否	施設内 優先 順位	会員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 ※会員手続中の方は☑をつける	
可・否	1			☐会 員 ☐非会員	☐保 ☐助 ☐看 ☐准	☐10年未満 ☐10～20年 ☐21年以上	☐会員手続中 ☐ポイント利用 職位:	
可・否	2			☐会 員 ☐非会員	☐保 ☐助 ☐看 ☐准	☐10年未満 ☐10～20年 ☐21年以上	☐会員手続中 ☐ポイント利用 職位:	
可・否	3			☐会 員 ☐非会員	☐保 ☐助 ☐看 ☐准	☐10年未満 ☐10～20年 ☐21年以上	☐会員手続中 ☐ポイント利用 職位:	
可・否	4			☐会 員 ☐非会員	☐保 ☐助 ☐看 ☐准	☐10年未満 ☐10～20年 ☐21年以上	☐会員手続中 ☐ポイント利用 職位:	
可・否	5			☐会 員 ☐非会員	☐保 ☐助 ☐看 ☐准	☐10年未満 ☐10～20年 ☐21年以上	☐会員手続中 ☐ポイント利用 職位:	
可・否	6			☐会 員 ☐非会員	☐保 ☐助 ☐看 ☐准	☐10年未満 ☐10～20年 ☐21年以上	☐会員手続中 ☐ポイント利用 職位:	
可・否	7			☐会 員 ☐非会員	☐保 ☐助 ☐看 ☐准	☐10年未満 ☐10～20年 ☐21年以上	☐会員手続中 ☐ポイント利用 職位:	
可・否	8			☐会 員 ☐非会員	☐保 ☐助 ☐看 ☐准	☐10年未満 ☐10～20年 ☐21年以上	☐会員手続中 ☐ポイント利用 職位:	
可・否	9			☐会 員 ☐非会員	☐保 ☐助 ☐看 ☐准	☐10年未満 ☐10～20年 ☐21年以上	☐会員手続中 ☐ポイント利用 職位:	
可・否	10			☐会 員 ☐非会員	☐保 ☐助 ☐看 ☐准	☐10年未満 ☐10～20年 ☐21年以上	☐会員手続中 ☐ポイント利用 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。

※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) 公益社団法人 秋田県看護協会