

平成29年度秋田県看護協会  
看護職員認知症対応力向上研修申込書

- 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。..

申込受付日  
協会使用欄  
  
☐入力済

施設No.		施設名:			
☐施設住所 ☐自宅住所		※施設または自宅に☑をつけて下さい。 ㊦			
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:	
施設内 優先 順位	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		☐会 員 ☐非会員	☐保 ☐助 ☐看 ☐准	☐10年未満 ☐10～20年 ☐21年以上	生年月日: 職位:
2		☐会 員 ☐非会員	☐保 ☐助 ☐看 ☐准	☐10年未満 ☐10～20年 ☐21年以上	生年月日: 職位:
3		☐会 員 ☐非会員	☐保 ☐助 ☐看 ☐准	☐10年未満 ☐10～20年 ☐21年以上	生年月日: 職位:
4		☐会 員 ☐非会員	☐保 ☐助 ☐看 ☐准	☐10年未満 ☐10～20年 ☐21年以上	生年月日: 職位:
5		☐会 員 ☐非会員	☐保 ☐助 ☐看 ☐准	☐10年未満 ☐10～20年 ☐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。

お申し込み先 : 〒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  
\* 申込書は、必要事項を記入し、ご郵送ください。