

## 病棟・訪問看護師交流研修申込書

平成 29 年 月 日

FAX送信先：**018-831-8023**  
公益社団法人 秋田県看護協会 事業部 宛

申込締切日：平成29年5月15日(月)

①申し込みは太枠内に記入漏れがないように記載して下さい。

③申込書はコピーしてご利用下さい。

④問合せ先：秋田県看護協会事業部 事業係宛 〒010-0874 秋田市千秋久保田町6-6 TEL:018-831-8020(直通)

施設名			
申込担当者名		申込担当者 職 位	
<input type="checkbox"/> 施設住所 ㊦ <input type="checkbox"/> 自宅住所		TEL: FAX:	
会員番号	受講希望者氏名	性別	申込受付日 (協会使用欄)
( <input type="checkbox"/> 非会員)	ふりがな	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	／ <input type="checkbox"/> 入力済
職位	<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 ( )	年齢 歳	実務経験年数 <input type="checkbox"/> 10年未満 <input type="checkbox"/> 10～20年 <input type="checkbox"/> 21年以上
職能(該当に <input checked="" type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> その他( )			
実習希望日 記入欄 9月12日～9月30日までの間(土・日・祝日を除く)、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	
【備考】 <input type="checkbox"/> 会員手続中 会員手続き中の方は備考欄に <input checked="" type="checkbox"/> をつけて下さい。			

※個人情報の取り扱い... 本研修申込で得た個人情報は、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。