

決定通知なし

様式 7

秋田県基金事業申込書

※ 受講申し込みと同時に、受講決定となります。

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)

記入日:平成29年 月 日

事業No.:		開催日:平成29年 月 日		協会使用欄 申込受付日:	
事業テーマ:		平成29年度介護・福祉施設看護職員資質向上研修			
研修会場:					
施設No.:		施設名:			
<input type="checkbox"/> 施設住所 <input type="checkbox"/> 自宅住所		住所		:㊦	
申込代表者		連絡部署 氏名		TEL: FAX:	
申込代表者 職位		<input type="checkbox"/> 看護部長 <input type="checkbox"/> 係長・主任		<input type="checkbox"/> 副看護部長 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> 看護師長 <input type="checkbox"/> その他()	
No.	氏名	会員番号	会 員 別	職 能	備 考
1			<input type="checkbox"/> 会 員 <input type="checkbox"/> 非 会 員	<input type="checkbox"/> 保・ <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看・ <input type="checkbox"/> 准	
2			<input type="checkbox"/> 会 員 <input type="checkbox"/> 非 会 員	<input type="checkbox"/> 保・ <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看・ <input type="checkbox"/> 准	
3			<input type="checkbox"/> 会 員 <input type="checkbox"/> 非 会 員	<input type="checkbox"/> 保・ <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看・ <input type="checkbox"/> 准	
4			<input type="checkbox"/> 会 員 <input type="checkbox"/> 非 会 員	<input type="checkbox"/> 保・ <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看・ <input type="checkbox"/> 准	
5			<input type="checkbox"/> 会 員 <input type="checkbox"/> 非 会 員	<input type="checkbox"/> 保・ <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看・ <input type="checkbox"/> 准	

※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。