

災害支援ナース養成研修(令和6年10月16日、10月17日開催)

- ① お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 お申込み時の留意点(☑を付けて下さい)

申込受付日
協会使用欄

入力済

- 各医療機関は、看護管理者を申込代表者とした施設単位でのお申込みをして下さい。
 医療機関以外の場合は、部門長を代表とした施設単位でのお申込みをして下さい。
 所属施設が無い場合は、個人単位でお申込み下さい。

施設名				
<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅		㊦ ※施設または自宅に☑をつけて下さい。		
申込代表者	連絡部署	申込担当者の役職等		TEL:
	氏名	<input type="checkbox"/> 看護管理者 (役職名:) <input type="checkbox"/> 受講者本人 <input type="checkbox"/> その他 ()		FAX:
研修申込みに関する承諾 ※ご承諾事項に☑をつけて下さい。				
<input type="checkbox"/> 秋田県行政及び日本看護協会の求めに応じて、修了者リストを提出することに同意します。 <input type="checkbox"/> 災害・感染症医療業務従事者への登録に同意します。				
No.	ふりがな 受講希望者名	性別	職種 ※あてはまるものすべてに☑	申込必要事項記入 ※生年月日:西暦年記入 ※職位のない方は「なし」と記入
記入例	あきた はなこ 秋田 花子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input checked="" type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 災害支援ナース登録者(登録番号: 135)	生年月日:1975年7月7日 職位:スタッフ
1		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<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"/> 災害支援ナース登録者(登録番号:)	生年月日: 職位:
2		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<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"/> 災害支援ナース登録者(登録番号:)	生年月日: 職位:
3		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<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"/> 災害支援ナース登録者(登録番号:)	生年月日: 職位:
4		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<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"/> 災害支援ナース登録者(登録番号:)	生年月日: 職位:
5		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<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"/> 災害支援ナース登録者(登録番号:)	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 事業部宛
 * 生年月日のご記入はお間違えのないように、ご注意ください。
 * 申込書は、必要事項を全て記入し、ご郵送下さい。

お問い合わせ: TEL:018-831-8020(事業部直通)