

(研修No.701) 感染対策リーダー看護師育成研修

\*申込者の方は太枠内の項目を記入および該当箇所に☑をして下さい。

記入日:令和 7 年 月 日

施設名							
施設住所		(〒 ー )				TEL:	
		FAX:					
ふりがな		会員・非会員別					
氏名		<input type="checkbox"/> 秋田県看護協会員 No.( )				<input type="checkbox"/> 非会員	
年齢	歳	職能	<input type="checkbox"/> 保健師	<input type="checkbox"/> 助産師	<input type="checkbox"/> 看護師	実務経験年数(通算)	年
所属施設での職位 ・施設内での名称を記入 ・職位のない方は、スタッフと記入							
受講動機:							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
<施設管理者もしくは看護管理者の方が記入して下さい。> *下記確認事項のチェックボックスに☑をつけて下さい。 <input type="checkbox"/> 当施設には感染管理認定看護師は在籍していません。 <input type="checkbox"/> 上記申込者が研修を受講することを承認します。							
						令和 7 年 月 日	
						施設名	
						_____	
						職位	
						_____	
						氏名(自署)	
						_____	

※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。

送付先・お問い合わせ先 公益社団法人 秋田県看護協会 事業部  
〒010-0874 秋田市千秋久保田町6-6 TEL:018-831-8020