【付録2】

◎ 記入上の注意

各欄の該当するところに✔印または○印をつけてください。

会員番号は正確にお書きください。申込書は参加者本人が記入し、必ず原本をお送りください。

◎ 記入上の注意

各欄の該当するところに✔印または○印をつけてください。

会員番号は正確にお書きください。申込書は参加者本人が記入し、必ず原本をお送りください。

◎ 記入上の注意

各欄の該当するところに✔印または○印をつけてください。

会員番号は正確にお書きください。申込書は参加者本人が記入し、必ず原本をお送りください。

協会記入欄▼

**公益社団法人 大阪府看護協会**

　　　新人看護職員研修責任者研修申込書

**◎ 記入上の注意**

各欄の該当するところに✔印または○印をつけてください。

会員番号は正確にお書きください。申込書は参加者本人が記入し、必ず原本をお送りください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **□会員** **大阪府会員番号** |  |  |  |  |  |  | □ 非会員 | **性別** | **主たる免許の実務経験**  　　　　　 年  ヵ月 | **職能**  □保健師  □助産師  □看護師 |
| **ふりがな** |  | | | | | | |
| **氏名** |  | | | | | | | 男・女 |
| **ふりがな** |  | | | | | | | | **施設No.** | **病床数** |
| **施設名** |  | | | | | | | |  | 床 |
| **施設住所**  **電話番号** | 〒　　　　　－  ＴＥＬ　　　　（　　 　）　　　　　　　　ＦＡＸ　　　　（　　 　） | | | | | | | | | |
| **役　割** | □新人研修責任者　　□教育担当者　　□実地指導者  □その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| **勤務場所** | * 病棟　□ 外来　□介護保険施設　□訪問看護ステーション * その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| **新人採用　　　（2020年度）** | □有（　　　　　　　人）　　□無 | | | | | | | | | |
| **新人研修の**  **実施状況** | □実施している　　□実施していない：理由（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| **経　費** | □全額自己負担　□一部自己負担　□全額施設負担　□その他（　 　） | | | | | | | | | |
| **受講動機を簡潔にお書きください** |  | | | | | | | | | |

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

◎ 記入上の注意

各欄の該当するところに✔印または○印をつけてください。

会員番号は正確にお書きください。申込書は参加者本人が記入し、必ず原本をお送りください。

超えて個人情報を取り扱うことはありません。