

研修申込書

協会記入欄▼

希望日程 ※受講第1～第3希望を記入下さい		<input type="checkbox"/> 会員 大阪府会員番号 □ 非会員		主たる免許の実務経験 年 ヵ月	職能 <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
D 日程 (7/12～13) ()	()	※継続手続き中の方も会員番号を記載して下さい。 新規入会手続き中の方は手続き中と記入して下さい			
E 日程 (7/26～27) ()	()				
F 日程 (8/9～10) ()	()				
ふりがな				年齢	
氏名				歳	
ふりがな				施設No.	ベッド数
施設名					床
施設連絡先	〒				
	TEL ()				
Eメールアドレス _____ @ _____					
※Emailアドレスは、受講者自身が使用できるものをご記入ください。携帯電話のアドレスは不可 大阪府看護協会との連絡は、おもにEメールを用いて行います。					
優先順位	施設内で複数人が申し込まれる場合は必ず記載してください			()位 / ()名中	
職位	<input type="checkbox"/> 看護部長職 <input type="checkbox"/> 副看護部長職 <input type="checkbox"/> 看護師長職 <input type="checkbox"/> 副看護師長職 <input type="checkbox"/> 主任職 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> その他 ()				
勤務場所 (領域)	<input type="checkbox"/> 高齢者施設 <input type="checkbox"/> 障がい者支援施設 <input type="checkbox"/> 救護施設 <input type="checkbox"/> 児童養護施設 <input type="checkbox"/> 保育施設 <input type="checkbox"/> その他 ()				

◎ 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。太枠内は参加者本人が記入し、必ず原本をお送りください。メールアドレスは正確にお書きください。

<施設管理者もしくは看護管理者の記載欄>

上記申込者が、研修終了後に「大阪府看護協会感染管理地域ネットワーク」に登録することを承認します。

年 月 日

施設名 _____

職位 _____

氏名 _____

個人情報の取扱い：本研修申込みで得た個人情報は、主に研修会に伴う書類作成・発送に用います。さらに申し込み者の分析に用いることがあります。個人が特定されることは決してありません。また、申込書の返却は致しませんので、ご了承ください。