

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 ※准看護師は不可
A日程 (5/24～25) ()		※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			
B日程 (6/7～8) ()					
C日程 (6/21～22) ()					
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 ()				
施設連絡先	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"/> 副院長 <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"/> 病棟(主な診療科:) <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 手術室 <input type="checkbox"/> 透析室 <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。メールアドレスは正確にお書きください。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。

<施設管理者もしくは看護管理者の記載欄>

- 当施設には、感染管理認定看護師、感染症看護専門看護師、感染制御実践看護師は所属していません。
- 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。