

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 _____ ※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		<input type="checkbox"/> 非会員	主たる免許の実務経験 年 カ月	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
A日程 (6/14～16) ()	()					
B日程 (8/24, 25, 27) ()	()					
C日程 (10/25～27) ()	()					
ふりがな					年齢 歳	性別 男・女
氏名						
ふりがな					施設No.	ベッド数 床
施設名						
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。 <u>携帯電話のアドレスは不可</u> 大阪府看護協会との連絡は、おもにEメールを用いています。					
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"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 障害者支援施設 <input type="checkbox"/> 保護施設 <input type="checkbox"/> 婦人保護施設 <input type="checkbox"/> 児童保護施設 <input type="checkbox"/> その他()					
<所属長記載欄> 上記申込者が、研修終了後に「大阪府看護協会感染対策支援ネットワーク」に登録することを承認します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 施設名 _____ 職位 _____ 氏名 _____						

◎ 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。