

公益社団法人大阪府看護協会  
2020年度 研修申込書

協会記入欄▼

◎ 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。

コース番号	コース名※1 申込書/1コース	<input type="checkbox"/> 会員 大阪府会員番号	主たる免許の実務経験	職能
<b>416</b>	防災・災害看護委員会 災害支援ナース育成研修		年	<input type="checkbox"/> 保健師
			ヵ月	<input type="checkbox"/> 助産師
		<input type="checkbox"/> 非会員		<input type="checkbox"/> 看護師
				<input type="checkbox"/> 准看護師
ふりがな			年齢	性別
氏名			歳	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 ( )	
個人会員	自宅住所	〒 -		
	電話番号	TEL ( )		FAX ( )
優先順位	各施設で複数人が申し込まれる場合は必ず優先順位をつけてください。		( ) 位 / ( ) 名中	
勤務場所 (領域)	<input type="checkbox"/> 病棟 ( ) <input type="checkbox"/> 外来 ( ) <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> その他 ( )			
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 ( )			
災害支援 ナース	<input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録			
過去の災害活動経験	<input type="checkbox"/> 平成 30 年 7 月豪雨 <input type="checkbox"/> 新潟県中越沖地震 <input type="checkbox"/> 熊本地震 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 東日本大震災			
過去に受講した災害 (医療) 看護に関する研修名	<input type="checkbox"/> 災害支援ナース育成研修 <input type="checkbox"/> 日本看護協会インターネット配信研修 <input type="checkbox"/> PFA 研修 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 短期研修			

個人情報の取扱い：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。