

2021年度 研修申込書

★「医療安全【応用編】チームで取り組む医療安全」「感染予防【応用編】現場に活かせる感染対策」
「看護研究【基礎から実践への架け橋編】研究過程に必要な技術を身につける！」に申し込む際は、
様式3にご記入ください。

★項目に沿って記入をしてください。該当する□にチェック☑を入れてください。

★必ず様式1と一緒に送ってください。

申込日 年 月 日

研修名					
ふりがな	山梨県看護協会	<input type="checkbox"/> 会員		<input type="checkbox"/> 非会員	
氏名	会員番号	※都道府県の会員番号を記入してください			
	職種	<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			
所属施設名	職位	例)看護師長,主任,副主査など	看護実務 経験年数	年目	
所属部署	※2C病棟、4B病棟などの表記ではなく、小児科病棟,混合病棟, 婦人科外来,健康保険課など、具体的に記入してください	受講選択 理由 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> テーマに興味 <input type="checkbox"/> 講師に興味 <input type="checkbox"/> 内容に興味 <input type="checkbox"/> 知識を得る <input type="checkbox"/> 問題解決 <input type="checkbox"/> 上司の勧め <input type="checkbox"/> 受講経験者の勧め <input type="checkbox"/> 役割を果たす <input type="checkbox"/> ラダーと合致 <input type="checkbox"/> その他()		
連絡先 (携帯電話番号)		※研修に関する緊急連絡に使用しますので、必ず記入してください			
受講決定通知は原則として所属施設に送付しますが、個人(施設に所属していない、または個人宛てに送付を希望)の方は下記に送付先を記入してください。					
〒					
住所					
この研修で何を学びたいのか、簡条書きでお書きください。※100字程度					

※研修無料受講券を使用する方は、事前に教育部までご連絡ください。

※この申込書(様式2)は山梨県ナースセンター研修、訪問看護推進研修、職能・地区支部研修には使用できません。

※本会の個人情報保護方針および規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。本会研修申し込みの際に得た個人情報は、研修会申し込みに伴う書類発送、学習ニュースや研修評価に伴う調査依頼、研修案内に用い、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いたしません。もし、この範囲を超える場合には、本人の同意を得た上で取り扱います。