

2024年度 5月・6月研修会申込書

この申込書は4月30日以降使用できません。7月開催以降の研修会お申し込みは山梨県看護協会ホームページの研修情報管理システムからお申し込みください。

※2024年度の研修会は山梨県看護協会ホームページ「研修情報管理システム」より研修情報を確認してください。



★項目に沿って記入をしてください。該当する口にチェック☑を入れてください。

★施設一括の場合は様式1と一緒に送ってください。様式2のみの場合、振込方法は受講者の個人振込になります。

★住所に記載がない場合、受講決定通知は施設へ発送いたします。

申込日 年 月 日

研修日	年 月 日 ※初日のみご記入ください				
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	※該当部署に○をしてください 内科・外科・回復期リハビリ・一般・急性期・療養・外来・ 地域包括ケア・混合・精神科・救急ICU・小児科・産科・ 透析室・手術室・訪問看護ステーション・老人保健施設・ 福祉施設・その他()		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()	
所属施設 直通電話または内線					
受講者 携帯電話番号 ※任意 ※研修に関する緊急連絡がある場合のみに使用します					
*受講決定通知を個人宛に送付を希望する方のみ、自宅住所を記入してください。※原則として所属施設に送付します					
〒					
住所					
この研修の受講動機を箇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)はナースセンター研修、訪問看護推進研修、職能委員会研修、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、学習ニーズ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。

送付先:公益社団法人山梨県看護協会 教育部

E-mail:y-kyoiku@yna.or.jp FAX:055-236-6060(直通)