**2023年度 教育部 研修申込書**

★ 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。

★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、受講決定通知およびオンライン研修の資料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 | | 会員 　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 | 保健師　　　助産師　　　看護師　　　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 | ※該当部署を選択してください  アイテムを選択してください。  その他(      ) | 受講選択 理由 (複数回答可) | テーマに興味  講師に興味  内容に興味  知識を得る  問題解決  上司の勧め  受講経験者の勧め  役割を果たす  ラダーと合致  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 |  | | | | | |
| この研修で何を学びたいのか、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。本会研修申し込みに際して得た個人情報は、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](mailto:y-kyoiku@yna.or.jp)  
FAX：055-236-6060（直通）