**2023年度　聴講申込書**

★１人につき１枚でお申し込みください。

★項目に沿って記入してください。該当する□にチェック☑を入れてください。

申込日　     年    月    日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修日 | 教科目・単元名 | 講師名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

申込日　     年    月    日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | ※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) | 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(      ) | | | |
| 直通電話または内線 （       ） |
| 連絡先 （携帯電話番号）  ※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 |  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| ご希望の振込方法を選択してください。 | |
| 受講者の個人振込 | 施設の一括振込 |

|  |  |
| --- | --- |
| 《申し込み期間》 | |
| セカンドレベル | 5月1日(月)～各講義日の２週間前まで |
| ファーストレベル | 9月1日(金)～各講義日の２週間前まで |

＊個人情報の取り扱いについて

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、受講申し込みに伴う受講者選考、選考結果の通知、受講手続のお知らせや、各種書類発送、学習ニーズや研修評価に伴う調査依頼に用い、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。  
受講生の個人情報やレポートの保存・処分方法は、公益社団法人山梨県看護協会例規集　2.本会規則等2-2文書管理規定　第7章文書の整理及び保存の、文書の整理(第16条)起案文書の保管(第17条)文書の保存期間(第18条)文書の廃棄(第19条)廃棄文書の処理(第20条)に準じます。