

★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。

研修日	教科目・単元名	講師名

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 直通電話または内線（ ）	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()		
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

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議会規程 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。