

2024年度 認定看護管理者教育課程ファーストレベル
受講申込書

* 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

ふりがな			
氏名			
入会の有無	<input type="checkbox"/> 会員		<input type="checkbox"/> 非会員
	※ 都道府県の会員番号を記入してください		
施設名			
自宅住所	〒 —		
電話番号	TEL (自宅番号)		TEL (携帯番号)
	保健師 年	看護師 年	合計 年
助産師 年	看護教員 年		
振込方法	<input type="checkbox"/> 受講者の個人振込		<input type="checkbox"/> 施設の一括振込

※申込の際は、受講申込書の原本をお送りください。(コピーでは受付できません)

*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。