

2019年度 日本看護協会教育計画 研修申込書(様式1) コピー可

(ただし、研修番号219・223・234は所定の申込書を使用)

研修番号	研修名
------	-----

●該当事項の全てを正確に記入し、番号には○印を付けてください。未記入の場合は、申し込みを受理できないことがあります。

ふりがな 氏名 年齢 性別 実務経験(通算) 歳 1. 男 2. 女 年 職種 1. 保健師 2. 助産師 3. 看護師 4. 准看護師 認定資格・認証(有の場合のみご記入ください) 1. 認定看護管理者 2. 専門看護師 (分野:) 3. 認定看護師 (分野:) 4. その他 ※アドバンス助産師など () 会員状況 1. 会員 日本看護協会会員No. _____ 会員歴 _____ 年 2. 入会手続中 3. 非会員 都道府県名 会員 : 入会している都道府県 手続き中 : 入会の手続きをしている都道府県 非会員 : 所属先・自宅のある都道府県 職位など 1. 看護部長(総師長、看護局長など) 看護部長以上に相当する職位にある者(施設長・所長など) 2. 副看護部長・副看護部長に相当する職位にある者 3. 看護師長・看護師長に相当する職位にある者(ユニット長・課長など) 4. 主任(副師長・主査など) 主任に相当する職位にある者(リーダー・班長・副主任など) 5. スタッフ・一般職員 6. その他 () 研修参加における受講動機	所属施設について(所属先がある方のみご記入下さい) 1. 病院・有床診療所 1.に○をつけた方は、所属する部署の医療機能を下記から選択してください (1) 救急・集中治療病棟 2) 急性期病棟 3) 回復期病棟 (4) 慢性期病棟 5) 地域包括ケア病棟 6) 介護医療院 (7) 地域連携室 8) 病棟以外(外来・手術室・看護管理室など) 2. 無床診療所 3. 訪問看護ステーション 4. 介護福祉施設等 5. 助産所 6. 教育機関 7. 行政機関 8. その他 () 所属施設名(略さず正式名称でご記入ください) 所属部署名(例: 病棟名など ※電話連絡時に使用) 施設住所 〒 _____ (都道府県名からご記入ください) 施設TEL _____ 施設の規模(病床数もしくは定員) _____ 床(名) 現在の勤務領域(例: 主な診療科名) _____ 左記での勤務年数(1年単位で切り上げ) _____ 年 研修に関連する所属施設内での役割(例: 委員会、リクォース等簡潔に記入) 1. 有 (1. に○を付けた方のみ、その内容をご記入してください) 2. 無 ()
※研修番号215・220の申込者のみ必須 過去3年以内に受講した「認知症」に関する研修(院内研修を含む) 1. 研修会名 (_____) 2. 研修受講日(西暦 _____ 年 _____ 月)	
※自宅への書類送付を希望する方は、以下にご記入ください(原則として施設へ送付) 自宅住所(都道府県名からご記入ください) 〒 _____ TEL _____	

本研修申込書は、下記の<個人情報の取り扱い>に同意したものととして、管理いたします。

<個人情報の取り扱い>

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。本会研修申込に際して得た情報は、以下の利用目的の範囲内でのみ利用し、利用目的以外で利用することはありません。①本会の研修を受講する際の本人確認 ②本会の研修に関する連絡・情報提供等 ③アンケートその他の方法による本会の事業推進に資する情報収集 ④研修受講履歴を会員向けマイページ「キャリアパス」で会員本人が参照可能となるための会員情報管理体制ナースシップとの連携(①~④の具体例: 研修会申し込みに伴う書類発送、学習ニュースや研修評価に伴う調査依頼、研修案内等での利用)

<申込書送付先>封筒表に「●●研修申込書在中」と明記し、下記までお送りください(返信用封筒は不要)。 ※応募期間内必着

〒651-0073 兵庫県神戸市中央区脇浜海岸通1-5-1-4F 日本看護協会神戸研修センター総務管理部

電話 078-230-3250(代表)