

委員会主催事業

専用申込書

送付先・お問い合わせ先 秋田県看護協会 事業部事業係
〒010-0874 秋田市千秋久保田町6-6 FAX:018-831-8023 (事業部直通)

決定通知なし

※ ご応募と同時に参加が決定となりますので、申込者への通知文書はありません。
※ 事業当日は、健康チェック表(教育計画冊子P.○)をご記入し、受付にてご提出をお願いいたします。

申込日: 令和5年 月 日

【該当する事業名に☑をつけて下さい。】						申込受付日 協会使用欄 / □ 入力済
<input type="checkbox"/>	保健師職能集会	7月28日	(金)	13:00~16:00		
<input type="checkbox"/>	リスクマネージャー交流会	10月13日	(金)	13:30~16:00		
<input type="checkbox"/>	助産師職能集会	11月8日	(水)	10:00~12:30		
<input type="checkbox"/>	看護師職能Ⅰ集会	11月9日	(木)	13:00~16:00		
<input type="checkbox"/>	看護職員の労働安全衛生研修	11月10日	(金)	13:00~16:00		
<input type="checkbox"/>	看護師職能Ⅱ管理者集会	11月16日	(木)	13:00~16:00		
<input type="checkbox"/>	新任期保健師の集い(研修会)	11月21日	(火)	13:00~16:00		
<input type="checkbox"/>	新任期保健師の集い(交流会)	2月22日	(木)	13:30~16:00		
施設No.		施設名:				
<input type="checkbox"/> 施設住所	住所	※施設または自宅住所に☑をつけて下さい。				
<input type="checkbox"/> 自宅住所		㊦				
申込代表者	連絡部署	()			TEL ()	
	ふりがな氏名				FAX ()	
申込代表者位	<input type="checkbox"/> 看護部長 <input type="checkbox"/> 副看護部長 <input type="checkbox"/> 看護師長 <input type="checkbox"/> 副看護師長 <input type="checkbox"/> 係長・主任 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> その他 ()					
事業申込みに関する承諾 ※ご承諾事項に☑をつけて下さい。						
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症の感染状況により、研修の中止または内容変更があることについて承諾しました。 <input type="checkbox"/> 申込時の会員・非会員でチェックしました。						
No.	ふりがな氏名	会員 非会員	県協 個人会員No.	職能	備考 ※職位のない方はスタッフと記入	
1		<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員		<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師	<input type="checkbox"/> 10年未満 <input type="checkbox"/> 10~20年 <input type="checkbox"/> 21年以上	職位:
2		<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員		<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師	<input type="checkbox"/> 10年未満 <input type="checkbox"/> 10~20年 <input type="checkbox"/> 21年以上	職位:
3		<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員		<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師	<input type="checkbox"/> 10年未満 <input type="checkbox"/> 10~20年 <input type="checkbox"/> 21年以上	職位:

① 申込みは太枠内に記入漏れがないように記載し、該当するところに☑して下さい。

② 申込書は該当年度の教育計画冊子の様式をコピー、またはホームページよりダウンロードしてご使用下さい。

※個人情報の取り扱い… 本研修申込みで得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送に使い、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ありません。