

専用申込書

606看護職員認知症対応力向上研修(令和5年11月24、27～29日)※診療報酬加算に該当する研修

604病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修(令和5年8月29日)

605病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修(令和5年8月31日)

申込受付日
協会使用欄

- ① 申し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 申込書はコピーしてご使用下さい。

入力済

施設No.		施設名:			
<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅		① ※施設または自宅に☑をつけて下さい。			
申込 代表者	連絡部署	申込担当者職位 <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 ()		TEL:	
	氏名			FAX:	
研修申込みに関しての承諾 ※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"/> 申込み時の会員・非会員でチェックしました。					
No.	ふりがな 受講希望者名	秋田県看護 協会員番号	会 員 非会員別	職 能	申込必要事項記入 ※職位のない方はスタッフと記入
記入例	あきた はなこ 秋田 花子	012345	<input checked="" type="checkbox"/> 会 員 <input type="checkbox"/> 非会員	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input checked="" type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准 <input type="checkbox"/> その他	生年月日:昭和〇年〇月〇日 職位:スタッフ
1			<input type="checkbox"/> 会 員 <input type="checkbox"/> 非会員	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准 <input type="checkbox"/> その他	生年月日: 職位:
2			<input type="checkbox"/> 会 員 <input type="checkbox"/> 非会員	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准 <input type="checkbox"/> その他	生年月日: 職位:
3			<input type="checkbox"/> 会 員 <input type="checkbox"/> 非会員	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准 <input type="checkbox"/> その他	生年月日: 職位:

※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ありません。

お申込み先 : 〒010-0874 秋田市千秋久保田町6-6 公益社団法人秋田県看護協会 事業部教育研修係宛

* 生年月日のご記入はお間違えのないように、ご注意ください。

* 申込書は、必要事項を全て記入し、ご郵送下さい。

お問い合わせ:TEL:018-831-8020(事業部直通)