専用申込書

感染対策リーダー看護師育成研修

＊申込みの方は必要事項を記入および該当箇所に☑をして下さい。　　記入日：令和　6年　　月　　日

施設No.		施設名	
施設住所	（〒　　—　　）	TEL：	
		FAX：	
ふりがな		会員・非会員別	
氏　名		□ 秋田県看護協会員 No.（　　）	
		□ 非会員	
年　齢	歳	職　能	□保健師　□助産師　□看護師
実務経験年数（通算）	年		
所属施設での職位 ・施設内での名称を記入 ・職位のない方は、スタッフと記入			

受講動機：

＜施設長または看護管理者の方が記入して下さい＞

＊下記確認事項のチェックボックスに☑をつけて下さい。

□当施設には感染管理認定看護師が在籍していません。

□上記申込者が研修を受講することを承認します。

令和 6 年　　月　　日

施設名

職位

氏名（自署）

※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。

送付先・お問い合わせ先　公益社団法人　秋田県看護協会　事業部
〒010-0874　秋田市千秋久保田町6-6　TEL：018-831-8020

公益社団法人　秋田県看護協会