

2019年度研修申込書

様式1

研修日	月 日 ()	研修コード(5桁)							※	
研修名										
<記載上の注意点> 1. 太枠内を記入漏れのないように記載してください。 2. □は該当するものに✓を付けてください。							<input type="checkbox"/> 東京都看護協会会員 <input type="checkbox"/> 非会員			
フリガナ	年齢	性別	東京都看護協会会員No. (6桁)							
氏名	歳	男・女								
施設No.(4桁)	施設名		看護職としての経験年数	職能 (いずれか1つをチェック)						
			年目	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准						
施設住所 〒			TEL :			(内線)				
請求書送付先	受講者には「参加券・払込取扱票」をお送りしますので、送付先に✓してください。 * 自宅を希望される場合は下記に自宅住所をご記入ください。(個人会員の方は、送付先が自宅となります)									
	<input type="checkbox"/> 施設 (看護部担当者宛) <input type="checkbox"/> 施設 (本人宛) <input type="checkbox"/> 自宅			自宅住所 〒						TEL :
勤務領域			職位 (相当する職位にチェックしてください)							
<input type="checkbox"/> 病棟 (科) <input type="checkbox"/> 外来 (科) <input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> 看護部長相当 <input type="checkbox"/> 副部長相当 <input type="checkbox"/> 師長相当 <input type="checkbox"/> 副師長相当 <input type="checkbox"/> 主任相当 <input type="checkbox"/> 副主任相当 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> その他 ()							
施設でクリニカルラダーを導入していますか			<input type="checkbox"/> 導入している <input type="checkbox"/> 導入していない <input type="checkbox"/> わからない		→ 施設でのあなたのラダーレベル (※導入している方のみ) <input type="checkbox"/> ラダーⅠ <input type="checkbox"/> ラダーⅡ <input type="checkbox"/> ラダーⅢ <input type="checkbox"/> ラダーⅣ <input type="checkbox"/> ラダーⅤ <input type="checkbox"/> 取得していない					
施設での役割・担当 (*施設内での役割、参加条件に関する内容など具体的にご記入ください。)										
今回の研修における、あなたの受講動機を簡潔にお書き下さい。(必ず受講申込者をご記入ください。)										
.....										

●個人情報の取り扱いについて、当協会の個人情報管理規程に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。

協会使用欄：