|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **平成３０年度 東京都入退院時連携強化研修　受講証明書発行申込書** | | | | | |
| **受講者種別**  ※いずれかに○をご記入  ください | | **地域包括支援センター相談員・在宅療養支援窓口担当者**  **診療所スタッフ・訪問看護師・介護支援専門員** | | | |
| **フリガナ** |  | | | | **性　別** |
| **氏　名** |  | | | | 男・女 |
| **受講番号** |  | | **日程**  ※いずれかに○をご記入ください | A日程　　・　　B日程 | |
| **研修受講時　所属施設**  ※正式名称 |  | | | | |

**公益社団法人東京都看護協会　御中**

**申込締切：令和元年１０月３１日（木）**

**（ＦＡＸ：０３－６３００－０８７５）**

個人情報の取扱いについて、東京都看護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。

お申込みに際して提供していただく個人情報に関して、研修に伴う書類作成・発送に用い、この利用範囲を超えて取り扱うことはいたしません。

**●ＦＡＸ（０３－６３００－０８７５）またはメール（jigyo@tna.or.jp）にてご連絡ください。**