|  |
| --- |
| **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。**