

令和2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. 太枠内は必須です。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)	勤務先施設名				TEL :				
									(内線)
施設住所 〒									
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 :			
職能 (いずれか1つにチェック) <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准	看護職としての経験年数 年目	勤務領域	<input type="checkbox"/> 病棟 () 科 <input type="checkbox"/> 外来 () 科 <input type="checkbox"/> その他 ()						
職位 (相当する職位にチェックしてください) <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"/> わからない 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				
研修申し込みに関する承諾 <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"/> 研修を遠隔講義 (Zoom) で実施することについて承諾しました									
研修 URL 受取用メールアドレス (PCメール推奨) 									
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。 (必ず受講申込者がご記入ください)									

●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。