コピー可

東京都看護協会　教育部

令和３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。

□ **東京都看護協会会員**
□ **非会員**

フリガナ	年 齢	性 別	東京都看護協会会員№.（6 桁）
氏 名	歳	**男 ・ 女**	

施設№.(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)

□施 設（看護部担当者宛）　□施 設（本人宛）　□自 宅

自宅住所〒　　TEL：

職 能（いずれか 1 つにチェック） □保　□助　□看　□准	**看護職としての経験年数** 年目	**勤務領域**	□**病 棟（　　）科** □**外 来（　　）科** □**その他（　　）**

職位（相当する職位にチェックしてください）	**施設でクリニカルラダーを導入していますか**
□看護部長相当　□副部長相当　□師長相当 □副師長相当　□主任相当　□副主任相当 □スタッフ　□その他（　　）	□**導入している**　□導入していない　□わからない **あなたのラダーレベル（※導入している方のみ）** □Ⅰ　□Ⅱ　□Ⅲ　□Ⅳ　□Ⅴ　□取得していない

研修申し込みに関しての承諾

□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知しました
□研修を遠隔講義（Zoom）で実施することについて承知しました
□Zoom 研修の場合、インターネット環境の整備と PC またはタブレットが必要となることについて承知しました
□Zoom 研修の場合、資料印刷はご自身で行っていただくことについて承知しました

Zoom 研修に変更の場合	**研修 URL 受取用メールアドレス（PC メール推奨）**
□参加　□不参加	

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。