

コピー可

東京都看護協会 教育部

# 令和4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No. (6桁)			
氏名		歳	男・女				
施設No.(4桁)	勤務先施設名		TEL :				
	(部署・病棟名)		(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 (携帯推奨) :						
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) □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 ( )			施設でクリニカルラダーを導入していますか □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				
研修申し込みについての承諾 □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。