

# 令和5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							

日中連絡の取れる電話番号									
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

メールアドレス									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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「請求書・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 (携帯推奨) :				

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)	施設でクリニカルリーダー・マネジメントリーダーを導入していますか
<input type="checkbox"/> 看護部長相当 <input type="checkbox"/> 副部長相当	<input type="checkbox"/> 導入している <input type="checkbox"/> 導入していない <input type="checkbox"/> わからない
<input type="checkbox"/> 師長相当 <input type="checkbox"/> 副師長相当	あなたのリーダーレベル (※導入している方のみ)
<input type="checkbox"/> 主任相当 <input type="checkbox"/> 副主任相当	<input type="checkbox"/> クリニカルリーダー <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V
<input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> マネジメントリーダー <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
	<input type="checkbox"/> 取得していない

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。(必ず受講申込者をご記入ください)									

●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。