

平成29年度 富山県看護協会
新人看護職員研修 申込書
 (研修責任者・教育担当者 / 実地指導者)

(申込年月日)			
西暦	年	月	日

- ・記入欄には正確に記載し、該当するものに○で囲むか□欄に✓印をつけてください。
- ・実務年数は受講開始日現在として記入してください。
- ・申込まれる研修名に✓印をつけてください。

研修名	No. 44	<input type="checkbox"/> 新人看護職員研修(研修責任者・教育担当者)
	No. 45	<input type="checkbox"/> 新人看護職員研修(実地指導者)

施設名			
住所	□□□-□□□□	TEL	
		FAX	

No.	ふりがな 氏名	実務経験 年数	職種	受講証 希望	平成29年度富山県看護協会 入会状況 (応募に支障はなし)	自施設・部署 での役割
1		年	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准	有 無	<input type="checkbox"/> 会員 (No.6桁 _____) <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 入会手続き中 (申込書送付 月)	<input type="checkbox"/> 研修責任者 <input type="checkbox"/> 教育担当者 <input type="checkbox"/> 実地指導者
2		年	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准	有 無	<input type="checkbox"/> 会員 (No.6桁 _____) <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 入会手続き中 (申込書送付 月)	<input type="checkbox"/> 研修責任者 <input type="checkbox"/> 教育担当者 <input type="checkbox"/> 実地指導者
3		年	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准	有 無	<input type="checkbox"/> 会員 (No.6桁 _____) <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 入会手続き中 (申込書送付 月)	<input type="checkbox"/> 研修責任者 <input type="checkbox"/> 教育担当者 <input type="checkbox"/> 実地指導者
4		年	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准	有 無	<input type="checkbox"/> 会員 (No.6桁 _____) <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 入会手続き中 (申込書送付 月)	<input type="checkbox"/> 研修責任者 <input type="checkbox"/> 教育担当者 <input type="checkbox"/> 実地指導者
5		年	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准	有 無	<input type="checkbox"/> 会員 (No.6桁 _____) <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 入会手続き中 (申込書送付 月)	<input type="checkbox"/> 研修責任者 <input type="checkbox"/> 教育担当者 <input type="checkbox"/> 実地指導者
6		年	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准	有 無	<input type="checkbox"/> 会員 (No.6桁 _____) <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 入会手続き中 (申込書送付 月)	<input type="checkbox"/> 研修責任者 <input type="checkbox"/> 教育担当者 <input type="checkbox"/> 実地指導者

※ 応募者が定員を超えた場合は、会員を優先します。
 また、上記のNo.は施設の「推薦順位」とみなしますので考慮してください。

申し込みをもって、受講決定とします 公益社団法人富山県看護協会

個人情報の取り扱い：本研修申込みで得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送に用い、この利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことはありません。