

平成29年度 富山県看護協会
説明会 申込書

(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。
- ・受講者の研修段階には、教育研修計画のP1の「研修の段階設定指標」(表1)を参照に記入してください。

説明会名	平成30年度介護報酬・診療報酬改定説明会		
施設名			
住所	□□□-□□□□	TEL	
		FAX	

No.	ふりがな	実務 経験 年数	職種	研修 段階	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 (分野など)	受講希望
	氏名						
1		年	<input type="checkbox"/> 保	I	<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"/> 診療・介護
			<input type="checkbox"/> 助	II			<input type="checkbox"/> 診療のみ
2		年	<input type="checkbox"/> 看	III	<input type="checkbox"/> 入会手続き中 (申込書送付 月)		<input type="checkbox"/> 介護のみ
			<input type="checkbox"/> 准	IV			<input type="checkbox"/> 診療・介護
3		年	<input type="checkbox"/> 助	II	<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"/> 診療のみ
			<input type="checkbox"/> 看	III			<input type="checkbox"/> 介護のみ
		年	<input type="checkbox"/> 保	I	<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"/> 診療・介護
			<input type="checkbox"/> 助	II			<input type="checkbox"/> 診療のみ
		年	<input type="checkbox"/> 看	III	<input type="checkbox"/> 入会手続き中 (申込書送付 月)		<input type="checkbox"/> 介護のみ
			<input type="checkbox"/> 准	IV			<input type="checkbox"/> 診療・介護

各施設3名まででお願いいたします。

- ※ 応募者が定員を超えた場合は、会員を優先します。
- ※ 申し込みと同時に事前振込みをお願いいたします。

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：本説明会申込みで得た個人情報は、説明会に伴う書類作成・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。