

平成29年度 富山県看護協会
研修 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。
- ・研修会No.は教育研修計画参照、また実務年数は受講開始日現在として記入してください。
- ・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。

研修名	No.		
施設名			
住所	□□□-□□□□		TEL
			FAX

No.	ふりがな 氏名	実務 経験 年数	職種	研修 段階	受講 証の 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 (分野など)	選択希望日 【記入例】 A, Bや No.
1		年	<input type="checkbox"/> 保	I	有	<input type="checkbox"/> 会員 (No.6桁_____)		
			<input type="checkbox"/> 助	II				
			<input type="checkbox"/> 看	III				
			<input type="checkbox"/> 准	IV				
2		年	<input type="checkbox"/> 保	I	有	<input type="checkbox"/> 会員 (No.6桁_____)		
			<input type="checkbox"/> 助	II				
			<input type="checkbox"/> 看	III				
			<input type="checkbox"/> 准	IV				
3		年	<input type="checkbox"/> 保	I	有	<input type="checkbox"/> 会員 (No.6桁_____)		
			<input type="checkbox"/> 助	II				
			<input type="checkbox"/> 看	III				
			<input type="checkbox"/> 准	IV				
4		年	<input type="checkbox"/> 保	I	有	<input type="checkbox"/> 会員 (No.6桁_____)		
			<input type="checkbox"/> 助	II				
			<input type="checkbox"/> 看	III				
			<input type="checkbox"/> 准	IV				
5		年	<input type="checkbox"/> 保	I	有	<input type="checkbox"/> 会員 (No.6桁_____)		
			<input type="checkbox"/> 助	II				
			<input type="checkbox"/> 看	III				
			<input type="checkbox"/> 准	IV				
6		年	<input type="checkbox"/> 保	I	有	<input type="checkbox"/> 会員 (No.6桁_____)		
			<input type="checkbox"/> 助	II				
			<input type="checkbox"/> 看	III				
			<input type="checkbox"/> 准	IV				

- ※ 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。
- ※ インターネット配信研修は、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。