

厚生労働省 高齢者権利擁護等推進事業「看護指導者養成研修」
2020年度 介護施設等における看護指導者養成研修申込用紙

優先 順位	フリガナ	年齢	性別	職種
	氏名	歳	1. 男 2. 女	1. 保健師 2. 助産師 3. 看護師 (准看護師は対象外)
会員状況	1. 会員 2. 入会手続中 3. 非会員	都道府県名		会員: 入会している都道府県
	日本看護協会会員NO. 会 員 歴 年			手続き中: 入会手続き中の都道府県 非会員: 所属先・自宅のある都道府県
フリガナ	所属 施設名 (略さず正式名称をご記入ください)	看護師実務経験 年	介護施設実務経験 年	受講費用
		看護実務者研修受講歴 有 無		1. 所属施設の公費負担 2. 全て受講者負担 3. その他()
施設住所	〒 TEL FAX			
施設類型	1. 介護老人福祉施設 2. 介護老人保健施設 3. 介護療養型医療施設 4. その他()			
相当する職位等	1. 施設長 2. 副施設長 3. 部長(部門長) 4. 師長(ユニット長) 5. 主任 6. スタッフ 7. その他()			
緊急連絡先	※開催直前の災害による開催中止連絡等に使用します。 1. 所属施設 2. その他(TEL:) ※日中連絡のとれる連絡先をご記入ください			

本研修申込書は、下記の「個人情報の取り扱い」に同意したものと、管理いたします。

＜個人情報の取り扱い＞

本会の個人情報保護方針および規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。本会研修申込に際して得た情報は、以下の利用目的の範囲内でのみ利用し、利用目的以外で利用することはありません。①本会の研修を受講する際の本人確認 ②本会の研修に関する連絡・情報提供等 ③アンケートその他の方法による本会の事業推進に資する情報収集 ④研修受講履歴を会員向けマイページ「キャリアパス」で会員本人が参照可能となるための会員情報管理体制構築との連携(①～④の具体例: 研修会申し込みに伴う書類発送、学習ニーズや研修評価に伴う調査依頼、研修案内等での利用)

※研修会場は「神戸会場」(兵庫県神戸市灘区脇浜海岸通1-5-1 IHDビル4F 公益社団法人日本看護協会 神戸研修センター)のみです。

上記に必要事項を記入し、東京都老人保健施設協会宛FAXにてお申込みください。

締切り 8月7日 金曜日

FAX番号 03-6380-4371