

この用紙のみ送信してください
 送信先:公益社団法人鳥取県看護協会
 ナーシングデイ こすもす
 FAX:0857-30-5567

医療的ケア児等の地域生活支援を担う看護職員等養成研修関連
 受講申込書(共通)

※いずれかに☑を希望する日にちに○をつけてください

- No.1~7(すべて受講でき、会場での集合研修に参加できる方のみ)
 No8(5/28 ・ 7/30 ・ 9/17 ・ 11/26 ・ R4/1/28)
 オンライン(Zoom)での聴講(No1 ・ No2 ・ No3 ・ No4)

申込日 年 月 日

ふりがな				年 齢	
氏 名				歳	
自宅	住 所	〒 -			
	電話番号	() -			
	FAX	() -			
	メールアドレス				
	携 帯	- - ※携帯は研修当日でも連絡のつく番号を記入のこと。			
勤務先	勤務先名				
	住 所	〒 -			
	電話番号	() -			
	FAX	() -			
職 種 (いずれかに○)	看護師 ・ 介護職員 ・ 相談支援専門員 ・ その他()				
実務年数 (年数を記入)	看護師(年) その他()		うち医療的ケア児に関わった年数(年) うち医療的ケア児に関わった年数(年)		
鳥取県看護協会 会員・非会員の別 (いずれかに○)	・会員 (会員番号 :) (入会申請中の方は会員番号に申請中と記入) ・非会員				
受講希望動機 (複数回答可)	①テーマ・内容に興味がある ②講師に興味がある ③自己啓発のため ④職場の勧め				
	受講希望動機を簡単にお書きください。				

個人情報に関する取り扱い

・本会の個人情報保護方針に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。
 ・研修申込で知り得た情報は、研修会に伴う書類作成・発送、各種統計分析に用い、
 この利用範囲を超えて取り扱うことはいたしません。