

令和4年度 インテンシブコース受講申請書

(文部科学省課題解決型高度医療人材育成プログラム)

下記のとおり、受講を希望します。

記

(フリガナ) 氏名		性別 男・女	生年 月日	昭和 ・ 平成	年 月 日
現住所	〒				
携帯電話番号					
メールアドレス ^注	@ ※コース日程・内容をお伝えするため、必ずご記入下さい				
勤務先	(部署：)				
勤務先住所	〒				
勤務先電話番号	() —				
職種 (いずれかに○)	看護師 ・ 介護職員 ・ 相談支援 専門員 ・ その他 ()				
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				
本研修で学びたいこと (※必ずご記入ください。)					

注：案内メールは、cosmos@tottori-kangokyokai.or.jpからお送りします。

ドメイン指定されている方は解除等対応願います。

※いただいた個人情報は本事業以外には活用いたしません。