

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

## 令和6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)

※ 申込期間:4月3日～5月1日(多職種対象)

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) うち医療的ケア児に関わった年数( 年) その他( )( 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。	

\* 記入漏れのないようにお願いします

\* メールアドレスは研修用の資料を受け取ることのできるアドレスの記入をお願いします

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。

・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。