受講申込書　－訪問看護職員養成講習会－

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※受付No. | | 鳥取県看護協会会員（番号：　　　　　　　　）・　非会員  ※受講選考には会員・非会員は問わない。 | |
| ふりがな |  | 勤務先名 | ※ステーション勤務の方はステーション名まで明記すること |
| 氏名 |  |
| 自宅  住所  ・  TEL | 〒　　　　－  自宅TEL（　　　　）　　-  携帯TEL　　　　-　　　　-  ※携帯TELは研修当日でも連絡のつく番号を記入。 | 勤務先  住所・TEL | 〒　　　－  ＴＥＬ(直通)　　　　－　　　　－ |
| 生年月日 | (西暦)  　　　　年　　　月　　　日生　　　　　　歳 |
| FAX | （　　　　　）　　　-  （　自宅FAX　・　職場FAX　） | 所属長 | （決定通知文送付先）  ※記入無い場合は所属長様宛に通知を送付しません。ご注意ください。  職名：　　　　　氏名： |
| 連絡先  優先順位 | ※「自宅TEL・携帯TEL・勤務先TEL」の中から優先順位に当てはまるものをお書き下さい。  ①　　　　　　　　②　　　　　　　　③ | | |
| Eメール  アドレス | **※研修の連絡は原則としてメールで行うため、毎日確認できるアドレスを必ず記入すること。**  　　　　　　　　　　　　　＠  ※携帯・スマホアドレスでも、ワード・エクセル・PDF等の添付ファイルを受取・視認可能で文書の印刷が可能であれば可。  ※必ず、申込時にはあらかじめ該当アドレスの迷惑メールフィルタの設定を『@tottori-kangokyokai.or.jp』のドメインを受信できるようにしておくこと。  ※outlookアドレスはメール送信の不具合の可能性があるため不可。 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 取得資格等 | | | 職種 | 保健師 | | 助産師 | 看護師 | | 准看護師 | 介護支援専門員資格 | | |
| ○して  ください |  | |  |  | |  | 有 | | 無 |
| 看 護 職 歴 | | 勤 務 先 | | | | | | 勤務期間 | | | 勤務年数 | |
|  | | | | | | 西暦　　　　年　～　　　年 | | | 年　　か月 | |
|  | | | | | | 西暦　　　　年　～　　　年 | | | 年　　か月 | |
|  | | | | | | 西暦　　　　年　～　　　年 | | | 年　　か月 | |
|  | | | | | | 西暦　　　　年　～　　　年 | | | 年　　か月 | |
|  | | | | | | 西暦　　　　年　～　　　年 | | | 年　　か月 | |
|  | | | | | | 西暦　　　　年　～　　　年 | | | 年　　か月 | |
|  | | | | | | 西暦　　　　年　～　　　年 | | | 年　　か月 | |
| 勤務年数合計 | | | 病院 | | | | | | 年 | |
| 訪問看護ステーション | | | | | | 年 | |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | 年 | |
| 応募動機 | ※自由記述（必須）の上、一番下の当てはまるものに〇をすること。  ①訪問看護師である　②将来的に訪問看護師を目指したい　③その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |

・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、会員情報管理体制ナースシップへの連携、「キャリナース」への登録、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。

**個人情報に関する取り扱い**