**訪問看護関連研修 受講申込書（共通）**

【訪問看護キャリアアップ研修】

<対象：訪問看護師>

申込日　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 年齢歳 | 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 |  |
| 自宅住所電話番号 | 〒　　　-自宅TEL(　　　　)　　　-自宅FAX(　　　　)　　　-携帯TEL　　　　- 　　　-※携帯TELは研修当日でも連絡のつく番号を記入のこと。 | 勤務先住所電話番号 | 〒　　　-勤務先TEL(　　　　)　　　-勤務先FAX(　　　　)　　　- |
| 職　種（いずれかに○） | 保健師・助産師・看護師・准看護師その他（　　　　　　　　　） | 看護協会会員番号（いずれかに○）※受講選考には会員・非会員は問わない。 | 鳥取県看護協会会員(番号：　　　　　　)日本看護協会会員（※県外の方）(番号：　　　　　　　)非会員 |
| 実務年数（年数を記入） | 准看護師（　　　年）・看護師（　　　年）その他（　　　　　　　　）（　　　年）・うち訪問看護勤務（　　　年） |
| 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、必ず記入すること。****大きな字で記入してください。****ZOOM研修はインターネット環境、PC（カメラ付き）、音声が出ることが必要です。スマホの方はZOOMアプリをインストールしてください。**※携帯・スマートフォンアドレスでもワード・エクセルの添付ファイル等を受取・印刷可能であれば可。※『@tottori-kangokyokai.or.jp』のドメインを受信できるように設定しておくこと。※outlookアドレスは不具合の可能性があるので不可。 |
| 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⑤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**