**訪問看護関連研修 受講申込書（共通）**

**【　７／１６（土）　訪問看護キャリアアップ研修　感染症　】**

<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） |
| 参加形態メールアドレス | **研修参加形態（〇を付けてください）**　**会場**（米子コンベンションセンター）**・　　　Web**（ZOOM）**・研修連絡時メールアドレス****・受講時（ZOOM）メールアドレス****原則１人１台のパソコンを使用してください。「カメラ付き」で受講してください。必ず音声が出るか確認してください。**※『@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**