

受講申込書 ー訪問看護職員養成講習会ー

※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	〒 ー	勤務先住所・TEL	〒 ー				
	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。	TEL (直通) ー ー					
		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、 <u>毎日確認できるアドレスを必ず記入すること。</u> @ ※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	
				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○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 ()						

個人情報に関する取り扱い

- ・ 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、「キャリアナース」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。