

受付No. _____

認定看護管理者教育課程 ファーストレベル 科目受講申込書

※下記の該当する口を塗りつぶしてください。

申込日 : 年 月 日

フリガナ 氏名		
会員情報	<input type="checkbox"/> 山形県看護協会会員	<input type="checkbox"/> 他県看護協会会員
施設名		
施設住所	〒	TEL(内線)
		FAX
今年度 受講科目	ファーストレベル受講機関・年度	
	機関名 年度(西暦)	

【個人情報の取り扱い等】

研修申込で得た個人情報は、研修に伴う書類作成・発送等に用い、この利用目的の範囲を超えて取扱うことはありません。もし、この範囲を超える場合は本人の同意を得たうえで取扱います。

会員・非会員の別により選考に不利益が生じることはありません。

※申込書は協会ホームページよりダウンロードできます。