

<様式3-1>

受付No. _____

山形県看護協会研修申込書

認定看護管理者教育課程セカンドレベル 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

氏名						
会員情報	山形県看護協会会員 <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 他県看護協会会員					
施設名						
施設住所	〒			TEL(内線)		
				FAX		
ファーストレベル 受講期間	年	月	日	～	月	日
	年	月	日	～	月	日
	<input type="checkbox"/> 保健師免許 年 月 日取得			受講機関・年度 機関名		
	<input type="checkbox"/> 助産師免許 年 月 日取得			年度(西暦)		
	<input type="checkbox"/> 看護師免許 年 月 日取得			免許取得後の 実務経験数		年

※この研修におけるあなたの受講動機・学習課題について簡潔にお書きください。

【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、この目的範囲を超えて取扱うことはありません。もし、この範囲を越える場合は、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。