【教育課】　申込先　FAX　011−863−3204　申込書4

（　FAX送信時、番号をもう一度確かめましょう！　）

令和2年度　災害看護Ⅱ 研修会 申込書

※順位は必ずご記入ください

施設推薦順位
（※看護管理者が記入）

・空欄のないように該当事項をご記入ください。
・**左記の施設推薦順位に記載のない場合は、当協会の選考になります。**

※受講要件の確認および下記必要事項を必ずご記入ください

申込日 令和　2　年　　月　　日

研修会No.	研修会名
16	災害看護Ⅱ 研修会

研修期間：　令和　2　年　12 月　　日 ～　　月　　日

北海道看護協会 支部名　　支部

フリガナ

氏　名　※看護師免許証に記載されている漢字をお書きください

（生年月日：昭和・平成　　年　　月　　日生　　歳）

2020年度
1 □ 会員
2 □ 手続中（会費納入　　月 済・予定）
3 非会員 → □ 過去に会員だった
※会員番号がわかる場合はご記入ください
□ 会員になったことがない

会員No.

道会員No.（ゼロを含め6ケタ）	JNA会員No.（ゼロを含め8ケタ）

□ 男 ・ □ 女

職能
□ 保健師　□ 助産師　□ 看護師　□ 准看護師

相当する職位　いずれかの番号を選択し記入欄にご記入ください。　該当する職位がない場合は同等の職位を選択してください。

1 看護部長（総師長）職　2 副看護部長（副総師長）職　3 師長職　4 副師長・主任職（副主任含む）
5 スタッフ　6 養成所･学校の教員　7 訪問看護ステーション所長　8 その他（　　）

記入欄

看護職の通算経験年数　　年　　ヶ月
※必ずご記入ください。

フリガナ
勤務先

（TEL　　−　　−　　）

以下は、勤務先に通知文送付の方は記入不要です。

通知文送付先　(個人会員または離職中の方)

□ 自宅送付

平日、日中の連絡先　（　　）
TEL　（　　−　　−　　）

送付先住所
〒　　−

当該研修会をお申込みいただく場合は、以下の要件を全て満たしていることが必要です。

1.日本看護協会研修（インターネットまたはDVD）
・平成30年度、2019年度、令和2年度「災害支援ナースの第一歩〜災害看護の基本的知識〜」のいずれかを全日程終了（予定含む）している
※受講した年度（平成30・2019・令和2）該当年度にレ印のチェックをつけてください
□ 平成30年度　□ 2019年度　□ 令和2年度（申込済み）

2.会員かつ実務経験5年以上である。　※上記看護職の通算経験年数を必ずご記入ください

3.全日程(2日間)受講できる

※受講要件について、内容をご確認のうえ、以下レ印でチェックをしてください。

□ **上記の受講要件を全て満たしています。**

【看護部門責任者の推薦】 ※上記の者は研修を受ける要件を満たしていることを確認したので推薦します。

推薦者：　氏名（自署）　　職位

個人情報の取り扱い
研修会申込書で得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送のほか、研修受講履歴を会員専用ページ「キャリナース」で会員本人が参照できるよう、会員情報管理体制ナースシップへ連携するために利用します。また、これによって知り得た情報は、研修会での利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません 。

お問い合わせ先：　北海道看護協会事業部教育課　TEL：011-861-3273