

応募期間をご確認ください。応募期間外に届いた申込書は受け付けできません。

申込先 FAX 011-863-3204

【注】 Web研修 および 研修会No.8・9・10・14・15・46・50は、別途専用の申込書をご使用ください。

令和3年度 北海道看護協会

集合研修 専用申込書

【留意事項】

FAXで申し込みした後に、機器の不具合等により申込書が送受信できなかった場合は、申し込みは無効となります。確実に送受信されているかお電話にて確認されることをお勧めします。

▼施設推薦順位について

同施設より2名以上の申し込みがある場合は、看護管理者が順位を決定し、必ずご記入ください。
※応募者が定員を超え記入がない場合は、当協会の選考になります。

※空欄の無いように該当事項をご記入ください。
※該当箇所の□枠にレ印をご記入ください。

申込日 令和 年 月 日

施設推薦順位	研修会No.	研修会名
開催期間	※複数回開催する研修会の場合は記入不要です。 令和 年 月 日 ~ 月 日 令和 年 月 日 ~ 月 日	
フリガナ	氏名 ※看護師免許証に記載されている漢字をご記入ください。	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 歳	<input type="checkbox"/> 男 · <input type="checkbox"/> 女
職能	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 医療・介護関係者	職種: 通算経験年数: 年 月
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。	
現在の勤務領域	<input type="checkbox"/> 病棟 (科) <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 離職中 <input type="checkbox"/> 外来 (科) <input type="checkbox"/> その他 ()	
現在の担当役割	※申し込む研修会の内容と関係のある役割をご記入ください。	
フリガナ	勤務先電話番号	
勤務先名	-	

2021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

道会員No. (ゼロも含め6ケタ)
注) JNA会員No. ではありません

看護職としての通算経験年数 年 月
現在の職位 (管理者) に就いてからの期間 年 月
※看護管理に関する研修会の申込者は必ずご記入ください。

記入欄

<input type="checkbox"/> 自宅送付希望	※受講の可否通知を自宅送付にする場合は、下記の欄をご記入ください。	
送付先自宅住所	自宅電話番号	-
〒 -	日中の連絡先電話番号	-

個人情報の取り扱い

研修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「キャリアース」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