

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

令和3年度 北海道看護協会  
看護補助者研修 申込書

Web研修(Zoomを使用しパソコン機器等で講義を視聴する方) 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。

【同意事項】  以下の内容について同意します。 ※□枠にレ印をご記入ください。(☑が無い場合は受け付けできません。)

- Web研修で実施される研修会であることを確認している。
- 視聴するパソコン等機器(カメラ・スピーカー付き)やインターネット環境の準備ができる。
- Zoomの事前接続テストに参加できる。(実施日は受講決定通知にてお知らせします。)
- インターネット環境等により画像・音声に乱れが生じた場合でも、講義映像の再送信や受講料等の返納をしないことを了承している。

※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。

▼施設優先順位について

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。

申込日 令和 年 月 日

施設推薦順位	研修会No. 46	研修会名 医療チームの一員として看護補助者の役割を考えよう！ 研修会
開催期間		令和 3 年 9 月 14 日
フリガナ 氏名	生年月日 昭和・平成 年 月 日生	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年齢 歳
業務関連の資格	▼いずれかの番号を選択し、記入欄にご記入ください。 ※複数の資格をもつ者は、「業務を行う上で必須なもの」または「上位の資格」1つを選択してください。 1 なし 2 介護福祉士 3 介護職員実務者研修修了者 (または介護職員基礎研修課程修了者、ヘルパー1級) 4 介護職員初任者研修修了者(またはヘルパー2級) 5 その他 ( )	
		通算経験年数 記入欄 年 月
勤務部署の種類	▼いずれかの番号を選択し、記入欄にご記入ください。 1 一般病床 2 療養型病床(医療療養型病床、介護療養型病床を含む) 3 回復期リハビリテーション病棟 4 精神病床(老人性認知症疾患治療病棟、老人性認知症疾患療養病棟を含む) 5 障害者施設 6 特養 7 老健 8 その他 ( )	
		記入欄
フリガナ 勤務先名	勤務先電話番号 - -	
送付先住所 〒 -		

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・発送に用い、こ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