

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

支部担当研修・支部企画研修 申込書

【留意事項】

Web(オンライン)研修を実施する場合があります。Web研修の有無は、必ず開催要領をご確認ください。

【同意事項 (Web研修の開催となった場合に限る)】 ※□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研修を希望しますので、以下の内容について同意します。

1. Web研修で実施される研修会であることを確認している。
  2. 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。
  3. Zoomの事前接続テストに参加できる。(実施日は別途お知らせします。)
  4. 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。
- ※集合研修のみの研修会においては、Web研修を希望してもWebでは受講できません。

※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。  
※医療・介護関係者の方は必ず職種をご記入ください。

▼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	担当支部名	<input type="checkbox"/> 支部担当研修	研修会名：
		<input type="checkbox"/> 支部企画研修	研修会名：
研修期間	令和 年 月 日 ~ 月 日	北海道看護協会 所属支部名	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ご記入ください。		2021年度 1 <input type="checkbox"/> 会員 2 <input type="checkbox"/> 手続中 (会費納入 月 済・予定 ) 3 非会員 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 会員になったことがない
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： )		道会員No. (ゼロも含め6ケタ) 注) JNA会員No. ではありません
通算経験年数	年 月 日		
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。		記入欄
	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(副主任を含む) 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( )		
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	※申し込み研修会の内容と関係のある役割だけをご記入ください。		
フリガナ 勤務先名			勤務先電話番号 - -

自宅送付希望

※受講の可否通知を勤務先に送付する場合は、下記の欄は記入不要です。

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、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： 北海道看護協会総務課支部研修係 TEL：011-863-6731