

【教育課】 申込先 FAX 011-863-3204  
(FAX送信時、番号をもう一度確かめましょう！)

専用申込書 1

※送付枚数をご記入ください。  
(送付状を除く)

令和2年度 北海道看護協会 研修会 申込書

1 / 枚

※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)

応募期間：令和2年12月1日(火)～12月14日(月)17:00必着

- ・空欄のないように該当事項をご記入ください。
- ・受講の可否については、個人以外は一括して看護管理者へ、通知書を送付します。
- ・受講の可否通知が、研修の1ヶ月前に届いていない場合は必ず連絡してください。
- ・応募期間を確認ください。応募期間外に届いた申し込みは、不許可となります。

研修会No. 112 113	研修会名 【Web(Zoom活用)研修】 ＜JNA収録DVD研修＞ ＜社会保険診療報酬算定要件研修＞ 認知症高齢者の看護実践に必要な知識(第3回・第4回)
----------------------	--

本研修は、Web (Zoom活用) のみで開催しますので、下記を確認しお申し込みください。

下記について同意します。(チェックを付けてください。)

※視聴するパソコン等(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。

※事前接続テストに参加できる。(後日日程をお知らせします)

研修期間 令和 3 年 2 月 16 日～ 2 月 17 日 (第3回) 令和 3 年 2 月 18 日～ 2 月 19 日 (第4回) ※人数調整のため第3回、第4回の指定はできません	申込日 令和 2 年 12 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 <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
---	---

<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師	道会員No. (ゼロを含め6ケタ) 注)JNA会員No.ではありません
--	--	--

相当する職位 いくつ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( )

看護職としての通算経年数 年 カ月	現在の職位(管理職)についてからの期間 年 カ月 ※看護管理に関する研修に申し込みをする方は必ずご記入ください。
----------------------	--

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お持ちの方は、その役割をご記入ください。

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 〒 -

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