

## 2019 年度 認定看護管理者教育課程ファーストレベル 受講申込書

		*受付番号		*受講番号	
記入日：2019 年 月 日					
フリガナ					年齢
氏 名					歳
フリガナ					
施設名					
施設規模	・病床数または入所定員数 ( 床・名)				
施設住所	〒 —				
TEL :	( )	FAX :	( )		
勤務場所 (病棟名等)			直通または 内線番号	直通	( )
職位 _____	_____年 _____ヶ月			内線	
免許取得後の 実務経験年数	保 健 師	助 産 師	看 護 師	看 護 教 員	合 計
	年	年	年	年	年
該当する番号に○を付けてください 受講決定には影響しません			所属施設の看護管理者 (看護部長、総師長など) に 1) 届け出ている 2) 届け出していない		
本協会より問合せをする場合の連絡先を記載してください					
自宅・携帯・施設・その他 ( ) ※○をつける					
連絡先電話番号： — —					

\*印は記入しないでください。

## &lt;個人情報の取り扱い&gt;

本会の個人情報保護方針 (<http://www.nurse-saitama.jp/privacy/>) および規則などに基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。本会研修申し込みの際に得た個人情報は、研修会申し込みに伴う書類発送、学習ニーズや研修評価に伴う調査依頼、案内文書などの送付に用い、この利用目的の範囲を超えて、個人情報を取り扱うことはいたしません。もし、この範囲を超える場合には、本人の同意を得た上で取り扱います。なお、上記以外の情報を受講決定後、研修期間中に連絡網、グループワーク等のためにお聞きすることがありますのでご了承ください。