

<様式1>

年 月 日

教育研修申請書

研修No. 54 研修年月日 2019年12月7日

研修名 高齢者の特徴を踏まえた、フィジカルアセスメントの技法

施設名

申込担当者名

住 所 〒

TEL — —

FAX — —

メールアドレス

受講者

優先順位	氏 名	勤 務 科	駐車場利用
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

※駐車場確保の参考にいたしますので、駐車場を利用するかは駐車場欄に○印をつけて下さい。
あいのり等も明記して下さい。

個人情報の取り扱い：本研修申込みで得た個人情報は、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個人情報を取り扱うことはありません。

<様式2>

研修申込書

年 月 日

茨城県会員番号		氏 名		性 別	
※必ずご記入下さい		<input type="checkbox"/>	ふりがな	男 女	
		<input type="checkbox"/>			
研修番号 54		申込研修名 高齢者の特徴を踏まえた、フィジカルアセスメントの技法			
研修日 2019年12月7日		研修会場 茨城県看護協会 看護研修センター			
職種（該当に○） 保 助 看 准看 その他（ ）			年 齢 歳	実務経験年数 年	
所属施設名（個人の方は必ず連絡先をご記入下さい） TEL — —			勤務科		
（該当に○） 1 病院・診療所など 1) 500床以上 2) 400～499床 3) 300～399床 4) 200～299床 5) 100～199床 6) 20～99床 7) 19床以下 8) 無床 2 1以外の施設 1) 訪問看護ステーション 2) 保健所、保健センター 3) 老人福祉・介護施設 4) 看護学校・教育機関 5) その他（ ）					
職 位 <input type="checkbox"/> 看護部長 <input type="checkbox"/> 副看護部長 <input type="checkbox"/> 看護師長 <input type="checkbox"/> 副看護師長 <input type="checkbox"/> 主任 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> その他（ ）					

個人情報の取り扱い：本研修申込みで得た個人情報は、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個人情報を取り扱うことはありません。

※研修申込時、茨城県看護協会入会申請が済んでいない方は非会員となります