

訪問看護管理者研修 受講申込書

勤務先名

〒 _____

勤務先住所

TEL (_____)

フリガナ.....

氏名

(_____ 歳) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

1. 免許の種類 ・保健師 ・助産師 ・看護師 ・准看護師
2. 訪問看護師としての経験年数 (_____ 年 _____ ヶ月)
3. 職 位 _____ 職位年数 (_____ 年 _____ ヶ月)

- 1日目と4日目を含めた3日間以上の参加が可能な者。
- 全日程(4日間)受講された方には修了証書を発行します。
- 受講決定通知は発送いたしません。

特記事項

.....

.....

.....

* 申込み先: 社団法人長崎県看護協会 長崎県ナースセンター

〒854-0072 諫早市永昌町23-6

TEL: 0957-49-8060 FAX: 0957-49-8063

※ 郵送またはFAXでお申し込み下さい。

申し込み締切日: 10月27日(木)

～ 個人情報に関する取り扱い～

※長崎県福祉保健部医療政策課、及び、社団法人長崎県看護協会 長崎県ナースセンターは、研修会に提供いただく個人情報に関して、個人情報保護法を遵守し、下記の通り適切に利用し管理いたします。

上記個人情報は次の目的のために利用します。

1. 本研修会の運営資料として(連絡先・実習用品準備・経験資格条件 など)
1. 本研修会の修了証書作成