

訪問看護専門研修（緩和ケア） 受講申込書

※参加希望会場に○をつけてください。

長崎会場 ・ 佐世保会場

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)

- 参加については、全日程(2日間)受講できる方を条件とします。
- 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: 11月2日(水)

～ 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