

離職防止講習会(講義・演習) 受講申込書

(看護職の離職防止のための講習会)

平成23年度 第3回 離職防止講習会

(看護職の離職防止のための講習会)の受講を申し込みます。

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. 看護職員としての経験年数 (_____ 年 _____ ヶ月)

3. ナースセンター主催の講習会参加について

なし ・ あり → 講習会名: _____

★ ナースセンターへのご意見・ご希望をお聞かせ下さい ★

.....

.....

.....

～ 個人情報に関する取り扱い～

※ 社団法人 長崎県看護協会 長崎県ナースセンターは、本講習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. 本講習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. 本講習会の修了証作成