「まちの保健室」相談員　登録申込書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏名 |  | | | | |
|  | | | | |
| 職種 | 保健師・助産師・看護師 | | | 経験年数 | 年 |
| 連絡先 | 住所 | 〒 | | | |
| 電話 | 携帯 |  | | |
| 自宅 |  | | |
| メール　アドレス | ※迷惑メール設定等されておりましたら、nursing-ehime@circus.ocn.ne.jpからのメールが受信できるよう設定をお願いいたします。 | | | |
| 案内等の  送付先 |  | | | | |
| 所属施設名 |  | | | | |
| 上司の了承 | 有　　　　・　　　　無 | | | | |
| 備考 |  | | | | |

◆個人情報の取り扱いについて

「公益社団法人愛媛県看護協会個人情報保護方針」に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。