

この用紙のみ、**締め切り日（11月12日）まで**にご返送ください。（送付書の添付は不要）

## 参加申し込み ファクシミリ送信表

送信先	公益社団法人愛媛県看護協会 愛媛県看護師特定行為研修推進事業担当 曾我部 行 TEL 089-924-0848 FAX 089-996-8425
件名	<b>令和3年度 愛媛県看護師特定行為研修推進事業</b> <b>「看護師の特定行為研修制度の意義とその活用について</b> <b>～研修修了者の報告より～」参加申し込みについて</b>
発信者	施設名 ( ) 郵便番号・住所 (〒 — ) ( ) 送信者氏名 ( ) TEL _____ FAX _____
送信枚数	この用紙を含め 1 枚です。

**質問事項** 各講師への質問を事前に受け付けますので、質問のある方は下記へご記入ください。

**参加者名簿** 応募多数の場合、ご記入の優先順位を考慮の上、受講者の決定を行います。  
※愛媛県看護協会会員の方はご自身の会員番号をご記入ください。  
代筆される場合は必ずご本人に会員・非会員を確認の上ご記入ください。  
※受講証明書が必要な方は必ず、○印をご記入ください。

氏名	職位	職種	愛媛県看護協会		受講証明書	優先順位
			会員番号	非会員		
		保・助 看・准 その他 ( )				
		保・助 看・准 その他 ( )				
		保・助 看・准 その他 ( )				
		保・助 看・准 その他 ( )				
		保・助 看・准 その他 ( )				

**●個人情報の取扱いについて**

本協会の個人情報保護方針および規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。  
 本協会研修申し込みに際して得た個人情報は、研修会申し込みに伴う書類発送、学習ニーズや研修評価に伴う調査依頼、研修案内に用い、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いたしません。もし、この範囲を超える場合には、本人の同意を得た上で取り扱います。