看護補助者標準研修－看護補助体制充実加算該当パッケージ－　研修受講申込書

申込日　　　　年　　　月　　　日

１．申込者情報（※施設の看護管理者がお申込みください）

|  |  |
| --- | --- |
| ： | |
| 施 設 名： | 職位： |
| 電話番号： | |
| メールアドレス：　　　　　　　　　　　　　　　　　＠ | |
| 会員の別（✔を入れる）　※申込時点で会費が納入されていない場合は非会員となります。   * 会員（県会員番号：　　　　　　　　　　　　）　　　□　非会員 | |

２．受講者情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 優先  順位 |  | 経験年数 |
| １ |  | 年 |
| ２ |  | 年 |
| ３ |  | 年 |

３．演習実施について（✔を入れる）

※自施設での演習実施については要件がありますので、開催要項をご確認ください。

* 愛媛県看護協会で実施
* 自施設で実施

４．請求書宛名

* 申し込み先 ◇

愛媛県看護協会 教育・研修部

ＦＡＸ：０８９－９０８－６２８８

メール：kenshukanri@nursing-ehime.or.jp

**●個人情報の取り扱いについて**

本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。本会　　研修申込に際して得た情報は、以下の利用目的の範囲内でのみ利用し、利用目的以外で利用することはありません。①本会の研修を受講する際の本人確認、②本会の研修に関する連絡・情報　　提供等、③アンケートその他の方法による本会の事業推進に資する情報収集、④研修受講履歴を会員向けマイページ「キャリナース」で会員本人が参照可能となる為の会員情報管理体制ナースシップとの連携（①～④の具体例：研修会申込に伴う書類発送、学習ニーズや研修評価に伴う調査依頼、研修案内等での利用）