

申込締切:平成 30 年 2 月 6 日(火)15 時

TEL 確認日時: 月 日
時 分

FAX : 045-313-0737

施設コード:

(注)FAX 送信後は必ず事務局に電話で送受信の確認をしてください。 今一度番号をお確かめのうえ、お間違えないよう、ご注意ください。
神奈川県社会福祉協議会 福祉研修センター(TEL045-311-1429)

平成 29 年度 福祉現場の看護職 研修 受講申込書

◆事業所情報

平成 年 月 日

事業所名		コード (事務局扱)	
所在地	〒		
	TEL :	FAX :	
研修担当(記入)者氏名			

◆受講者情報 ※ 2 名以上お申込みの場合は、この申込書をコピーし、優先順位をご記入ください

優先 順位	フリガナ			受講者 ID	※①
	受講者 氏名	姓	名	職種コ ード	※② 57(看護職員)
●看護資格:該当する資格に○をつけてください(保健師・助産師・看護師・准看護師)					
性別	男性・女性			現職場入 職年月	西暦 年 月
生年月日	西暦 年 月 日			福祉職経 験年数	年 月
受講希望理由(受講予定者ご自身で記入してください) ※必須					

※① 受講者 ID 欄は、ID カードをお持ちの方のみご記入ください。

※② 職種コードは、記入する必要はありませんが、該当する看護資格に○をしてください。

個人情報の利用目的

本研修事業にあたり、受講者の選定及び通知等を行うため受講申込書に記載された個人情報を利用します。
受講決定者においては研修の効果的な実施に資するため、研修講師に情報提供を行うほか、
受講者の相互交流のため、受講者氏名・所属について情報提供を行います。