

## 令和6年度院内教育担当者研修受講申込書

申込年月日 令和 年 月 日

ふりがな 氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日 *令和6年4月1日現在 ( 歳)
現住所	〒 携帯電話 ( ) ・電話 ( )		
施設名 ※法人名までご記入 ください。			
病床数	総数 床	一般 ( 床)・精神 ( 床) 療養 ( 床)・老健施設 ( 床)	
施設所在地	〒 電話 ( )		
職 位 ※該当するものに○ をつけてください。	看護部長・副看護部長 看護師長 副師長・主任・スタッフ 院内教育担当	実務経験 *令和6年 4月1日現在	年 月
教育担当等の役割 ※該当するものに○ をつけてください。	院内教育担当 病棟教育担当 新人教育担当 今後教育担当予定		
免許の種類 取得年月日	保健師	西暦	年 月 取得
	助産師	西暦	年 月 取得
	看護師	西暦	年 月 取得
受講した1か月 以上の研修	研修名	受講年度 西暦 年度	
*受講を希望する回に「レ」を入れてください。 <input type="checkbox"/> 第1回(9月17、18日) <input type="checkbox"/> 第2回(10月3、4日) <input type="checkbox"/> いずれでも良い			

取得した個人情報は、研修会に関する業務以外には使用しません。