

令和8年度 介護施設等で勤務する看護職者の研修 申込書 【様式4】

該当する□にチェックをお願いします。

※申込期限：研修開催前月 1日～15日まで

	第1回	第2回
受講希望 研修	第1回 介護施設における高齢者の フィジカルアセスメントとケアの実際 — 診察力アップ講座 —	第2回 高齢者の皮膚・排泄ケア
	<input type="checkbox"/> 7月15日(水) 9:30～16:30 看護研修センター ※離島、遠隔地はオンライン可 <input type="checkbox"/> オンライン希望	中部・北部地区：中頭病院 <input type="checkbox"/> 9月19日(土) 9:30～16:30  那覇・南部：看護研修センター <input type="checkbox"/> 10月3日(土) 9:30～16:30 ※離島、遠隔地はオンライン可 <input type="checkbox"/> オンライン希望  宮古地区：県立宮古病院 <input type="checkbox"/> 11月7日(土) 9:30～16:30
希望する 研修に <input checked="" type="checkbox"/>		

受講希望者氏名 *楷書で正確に記載		生 年 月 日	
フリガナ		(西暦)	年 月 日生
		( 歳)	
受講者 住所	(〒 - )	TEL :	メールアドレス :
勤務先	施設(事業所名)		
	サービスの種類		
	事業所所在地	(〒 - )	FAX :
	TEL : メールアドレス :		
法人名 住所 法人代表者 _____ 上記の者について、「令和8年度介護施設等で勤務する看護職者研修」に申込みいたします。 また、受講決定の際は、研修への派遣について承諾します。			
職能	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師	看護実務年数	年 介護施設実務経験 年
職位	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 副施設長 <input type="checkbox"/> 部長 <input type="checkbox"/> 課長 <input type="checkbox"/> 師長 <input type="checkbox"/> 係長 <input type="checkbox"/> 主任 <input type="checkbox"/> リーダー <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> その他 ( )		
看護協会入会の有無	<input type="checkbox"/> 会員 (会員番号 ) <input type="checkbox"/> 入会手続き中 <input type="checkbox"/> 非会員		

個人情報の取扱：本研修申込みで得た個人情報は、研修に伴う書類作成・発送に用い、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ありません。