

受講申込表

【 申込期限 令和 6年10月 7日（月）15:00 】

送信先	公益社団法人愛媛県看護協会 担当者 行	
	FAX:089-908-6288	E-mail shinjin@nursing-ehime.or.jp
件名	令和6年度「多施設合同2年目・3年目看護職員交流会」受講申込書	
発信者	施設名 ()	
	施設住所 ()	
	送信者氏名 ()	
	TEL:	
	FAX:	

<申込方法>

* 令和4年度、5年度に愛媛県看護協会「多施設合同新人看護職員研修」に参加された受講者を対象にしております。
ご本人に参加の意思をご確認の上で、必要事項を記載しお申し込みください。

1	ふりがな		令和4年度参加	令和5年度参加
		氏名		
2	ふりがな		令和4年度参加	令和5年度参加
		氏名		
3	ふりがな		令和4年度参加	令和5年度参加
		氏名		
4	ふりがな		令和4年度参加	令和5年度参加
		氏名		
5	ふりがな		令和4年度参加	令和5年度参加
		氏名		
6	ふりがな		令和4年度参加	令和5年度参加
		氏名		
7	ふりがな		令和4年度参加	令和5年度参加
		氏名		
8	ふりがな		令和4年度参加	令和5年度参加
		氏名		
9	ふりがな		令和4年度参加	令和5年度参加
		氏名		
10	ふりがな		令和4年度参加	令和5年度参加
		氏名		

○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「キャリアナース」で会員本人が参照可能となるため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)