

受付番号

認定看護管理者教育課程(ファースト・セカンド・サードレベル)受講申込書

申込日：令和 年 月 日

氏 名	実務経験年数
ふりがな	
	年
施設名	
通知送付先住所 (<input type="checkbox"/> 自宅 ・ <input type="checkbox"/> 施設)	
〒	
TEL - - FAX - -	

本研修申込書は、下記<個人情報の取り扱い>に同意したものととして、管理いたします。
<個人情報の取り扱い>当協会の個人情報保護規程などにに基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。当協会研修申込及び受講に伴い得た個人情報は、以下の利用目的の範囲内においてのみ利用し、利用目的以外で利用することはありません。①当協会の研修を受講する際の本人確認 ②当協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当協会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：受講者選考、選考結果の通知、受講手続きのお知らせ等に利用するため、研修評価に伴う調査、研修案内等での利用)