＜様式１＞

茨城県看護協会教育研修申込書

申込日：令和　　年　　月　　日

※受講希望優先順位	※受講希望優先順位は、施設内で同一研修に複数人数受講希望する場合に、施設内受講希望優先順位を申込担当者が記入してください。

研修 No	研修日	研修名	希望する受講方法
	月　　日		□集合研修 □オンデマンド研修 □Ｚｏｏｍ □いずれの方法も可能

会員(該当にレ点)	氏　　名	生年月日
□茨城県看護協会会員 （番号：　　）	ふりがな	（ 昭和 ・ 平成 ） 年　　月　　日 （　　）歳
□会員申込中（会員証が届いていない方）		
□非会員		

職種（該当に○）	看護職免許取得年度	看護職実務経験年数（通算）
保 ・ 助 ・ 看 ・ 准看 その他（　　）	（ 昭和 ・ 平成 ） 年	年

所属施設名	勤務科

職位(該当にレ点)	所属施設種別
□看護部長級　□副看護部長級 □看護師長級　□副看護師長級 □看護主任級　□スタッフ級 □訪問看護管理者・介護系施設長 □その他（　　）	1 病院・診療所 □500 床以上　□400～499 床　□300～399 床 □200～299 床　□100～199 床　□20～99 床 □19 床以下　□無床
自施設におけるクリニカルラダーの実施状況について	2 病院・診療所以外 □訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ　□保健所・保健センター □介護系施設・事業所　□看護師等養成機関 □その他（　　）
□実施している　□実施していない	
自身のクリニカルラダーの段階	
Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ ・ 不明	

所属連絡先　※個人の方は自宅をご記入ください。
住所（〒　　－　　）

TEL　　－　　－
FAX　　－　　－
E-mail　　※E-mail は必ず記入してください。

当協会の個人情報保護方針に基づき、研修申込書に記載された個人情報は、研修の資料作成・通知送付・研修に関する連絡で活用するものとします。この範囲を超える場合には、本人の同意を得た上で取り扱います。