＜様式 6＞

訪問看護支援事業研修申込書

申込日：令和　　年　　月　　日

研修№	研　修　名	オンライン研修の受講（該当にレ点）
		□ 可能　　□ 不可

会　員（該当にレ点）	氏　　名
□ 茨城県看護協会会員 （番号：　　）	ふりがな
□ 非会員	（　　）歳

職　種　（該当に〇）	看護職実務経験年数	訪問看護経験年数	介護支援専門員資格
保 ・ 助 ・ 看 ・ 准看 その他（　　）	年	年	有 ・ 無

所　属　施　設　名	勤　務　科	職　位

所属連絡先　※ 未所属の方は自宅をご記入ください

〒　　－

住所

TEL　　－　　－　　携帯

FAX　　－　　－

フリガナ

E-mail

※ オンライン研修の受講が可能な方は受講方法等をメールいたしますので必ずご記入ください

※ b（ビー）、g（ジー）、i（アイ）、j（ジェイ）、l（エル）、o（オー）、q（キュー）、z（ゼット）、 0（ゼロ）、1（イチ）、2（ニ）、6（ロク）、9（キュウ）、-（ハイフン）、_（アンダーバー）などは正確に読み取りにくい文字となりますので、必ずフリガナもご記入ください

【例】 ビーオーアンダーバーロクゼロイチキュウハイフンエルキューゼットニ

bo_6019-lqz2

受講動機　（該当に〇　　複数選択可）

1. 研修内容または講師に関心・興味がある
2. 専門的な知識・技術の習得
3. 現状の問題解決・課題達成
4. 自分自身のキャリアアップ
5. 上司の勧め
6. その他

［　　］

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。