様式１

研修申込書

令和7年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修名 | 看護職員 認知症対応力向上研修 | 研修№ | 321S |
| 開催日 | 令和7年11月18日（火）、19日（水）、20日（木）〔3日間〕 | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | 電話番号 | TEL　　　―　　　― |
| 記入者 | 職　位　　　　　　　　氏　名 | | |

* 記入漏れのないようにご記入願います。**（ふりがなも）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 区分  （■にする） | 福島県看護協会  会 員 番 号 | | | | | | 氏名  （ふりがなは非会員のみ記入する） | 職種  （■にする） | 役職  （■にする） |
| 1 | 会　員  非会員 |  |  |  |  |  |  | ふりがな | 保 健 師  助 産 師  看 護 師 | 1 看護部長  2 看護副部長  3 看護師長  4 その他  （　　　　　　　） |
|  |

＊申込みに際し得た個人情報は、研修以外の目的で取り扱うことはいたしません。

【記入方法】

※会員番号の欄には、福島県看護協会の会員番号（６桁）を記入してください。非会員は、斜線（ ／ ）を引いてください。

※記入者は、申込に関して照会のできる方を記入してください。

※要項の受講要件（対象・目標等）を参照の上、お申し込みください**。**

**申込者へは、達成目標や課題・提出書類等があることについて伝えてください。**

**※福島県看護協会のホームページの「研修情報管理システム（イージーセミナー）」よりお申し込みください。**

**申込みの際、本申込書を****Word（ワード）のファイルでアップロードしてください。**

**（本申込書は、ホームページからダウンロードできます。）**