

(様式1)

災害支援ナース養成研修受講申込書

令和6年 月 日

施設名

施設所在地

看護管理者名

No	氏名、生年月日及び性別						職種 保健師 助産師 看護師 准看護師	保健師・助産師・看護師籍又は准看護師籍の登録番号				旧登録者 登録者に ○	研修希望日 (希望に○)			
	姓	名	姓(カナ)	名(カナ)	生年月日	性別		保健師	助産師	看護師	准看護師		1期	Ⅱ期	どちら でも可	
											籍番号					都道府県名
例	広島	花子	ヒロシマ	ハナコ	19850612	女	保・看	*****		*****			○		○	
1																
2																
3																
4																
5																

《注意事項》

- ・各施設で複数の受講希望者がいる場合は、優先順位に沿ってお書きください。
- ・申込が定員を超える場合、協会において受講者を選考させていただきます。
- ・養成研修終了後個人情報を日本看護協会および県行政に提出します。情報提供について同意がいただけない方については受講できません。

※この様式は広島県看護協会ホームページからもダウンロードできます。



FAX (082) 295-5361 (送付票不要)