

災害支援ナース養成研修受講申込書

令和 8 年 月 日

施設名

郵便番号

所在地

看護管理者名

	氏 名				生年月日	性 別	職 種	保健師・助産師・看護師籍又は准看護師の登録番号					
	姓	名	姓(カナ)	名(カナ)				保健師 助産師 看護師 准看護師	保健師	助産師	看護師	准看護師	
												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、個人情報をご日本看護協会及び県行政に提出します。

※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。