

FAX : (082) 295-5361 (公社) 広島県看護協会事業部 同々

申込期限 9月2日 (水)  
公開講座のみの場合は10月16日 (金)

## プラチナナース支援研修会 申込書

(ふりがな) 氏名 (年齢)	( ) 歳
住 所	〒 ※連絡の取れる電話番号またはメールアドレスをご記入ください ( )
資 格	※いずれかに○をつけてください ・保健師 ・助産師 ・看護師 ・准看護師
現在の就業状況について □に✓をして下さい	<input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/> 看護業務 <input type="checkbox"/> 看護業務以外

### ※ 事前調査：研修2日目の見学実習施設について

見学実習する施設について、希望する種類を選択し、( ) に○をしてください。  
具体的に希望する施設や地域がある場合は施設名(地域)をお書きください。看護協会が実習受入の交渉を行います。ただし、希望する施設で実習できないこともありますのでご了承ください。  
見学実習を希望しない場合は、希望しませんに☑してください。

- ① 介護老人保健施設 ( )  
② 特別養護老人ホーム ( )  
③ 訪問看護ステーション ( )  
④ デイサービス ( )  
⑤ グループホーム ( )  
⑥ 看護小規模多機能居宅介護施設 ( )

実習希望施設があればご記入ください。

[ ]

見学実習を希望しません

※ 公開講座のみに参加する場合は、チェックしてください

《個人情報の取り扱い》本研修申込に際して得た情報は、研修申込みに伴う連絡や研修運営に用います。  
この利用目的の範囲を超えて、個人情報を取り扱うことはありません。