|  |  |
| --- | --- |
| 送 信 先 |  愛媛県ナースセンター　　　　　プラチナナース研修担当　山内　行　　　　　　　　**ＴＥＬ　　０８９-９２４-０８４８**　　　　　　　　**ＦＡＸ**　　**０８９-９９６-８４２５** |
| 件 名 | 　　**令和４年度　再就業支援事業****「 プラチナナース研修 」参加申し込みについて**　 |
| 発 信 者 | **施　設　名　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）****郵便番号・住所　（〒　　　―　　　　）（　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　）****担当者氏名**　　　**（　　　　　　　　　　　　　　　　　）**　　　　　　　　　**TEL**　　　　　　　　　**FAX** |
| 送信枚数 | この用紙を含め　1　枚です。 |
| **※必ず希望する回に○印を記入　※両日とも同じ内容です。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 希望ﾁｪｯｸ | 会　場 | 開　催　日　時 | 申込期限 |
|  | 愛媛看護研修センター2階　大研修室 | 令和4年8月4日(木)　13：00～16：00 | **7月15日** |
|  | 愛媛看護研修センター2階大研修室 | 令和4年 11月8日(火)　13：00～16：00 | **10月14日** |

  **参加者名簿****愛媛県看護協会会員の方はご自身の会員番号、非会員の方は非会員欄に〇印をご記入ください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　　　　　　　　　名　 | 参加希望日 | 職　　　　　　　　　　種 | **愛媛県看護協会** | **優　　先****順　　位** |
| **会　員　番　号** | 非会員 |
|  |  | 保　・　助看　・　准 |  |  |  |
|  |  | 保　・　助看　・　准 |  |  |  |
|  |  | 保　・　助看　・　准 |  |  |  |
|  |  | 保　・　助看　・　准 |  |  |  |
|  |  | 保　・　助看　・　准 |  |  |  |

　　●個人情報の取扱いについて　本協会の個人情報保護方針および規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。本協会研修申し込みに際して得た個人情報は、研修会申し込みに伴う書類発送、学習ニーズや研修評価に伴う調査依頼、研修案内に用い、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いたしません。もし、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。 |

（受付№　　　　　　　）