

佐賀県看護協会
令和6年度 災害支援ナース養成研修（日本看護協会委託事業）受講申込書 **※8月2日（金）17：00必着**
 申込日： 令和 年 月 日

研修開催日 オンデマンド研修：令和6年8月19日(月)～令和6年9月20日(金) 集合研修：令和6年10月11日(金)・21日(月)

研修会名 **災害支援ナース養成研修(日本看護協会委託事業)**

施設名 (個人会員は記入不要) (役職)担当者名

担当者連絡先 TEL FAX

電話番号

優先 順位	フリガナ 氏名 (楷書で記入のこと)	eラーニング受講用メールアドレス ・eラーニング受講のためのIDとパスワードを各個人アドレス宛てに送信するために必要です	職 種 1. 保健師 2. 助産師 3. 看護師	経験 年数 《基準》 新卒=0	佐賀県 会員番号 (6桁)						現在、災害支援 ナース登録の有無	新型コロナウイルス感染症対応 看護職員養成事業のうち重症患 者対応研修修了の有無
					《注》 ・万・10万の桁の0は省略可。							
1											有・無	有・無
2											有・無	有・無
3											有・無	有・無
4											有・無	有・無
5											有・無	有・無
6											有・無	有・無
7											有・無	有・無
8											有・無	有・無

個人情報については次の目的で使用します。なお、研修申込時点をもって、下記内容に同意したものと判断します。
 《研修会に伴う書類作成・発送/講師への情報提供/研修の企画運営》