

【 申込用紙 B 】

研修会・交流会名	平成 30 年度 西日本豪雨災害における保健師交流会							
開催日	平成 31 年 3 月 9 日(土) 13:30~16:30							
ふりがな								
氏名								
施設名								
施設住所	〒							
連絡先(TEL)	() -							
職種	保健師	通算実務年数 年						
会員・非会員の別 (○をつけてください)	会 員 非会員	広島県看護協会会員番号(6ケタ) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> </tr> </table>						
災害支援従事者の経験 (○印をつけてください) 1. 有 2. 無	参加動機							

● 郵送先・FAX送信先(研修会名を明記すること)

広島県看護協会 継続教育部

〒730-0803 広島市中区広瀬北町 9-2

FAX 082-295-5361

<個人情報の取扱について>

本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。本会研修申込に際して得た個人情報は研修会申込に伴う書類発送・研修運営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致しません。