

【 申込用紙 B 】 (コピーしてご利用ください。)

※記入漏れの無いようすべてご記入ください

研修会・交流会名					
開催日	西暦	年	月	日	
ふりがな					
氏名					
施設名					
施設住所	〒				
連絡先(TEL)	() -				
職種 (○をつけてください)	保 助 看 准			通算実務年数	
	その他()			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)		
施設での役割	課題と感じていること				

※ 受講料は当日受付でお支払い下さい。

● 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情報は、以下の利用目的の範囲内でのみ利用し、利用目的以外で利用することはありません。①本会の研修を受講する際の本人確認②本会の研修に関する連絡・情報提供等③アンケートその他の方法による本会の事業推進に資する情報収集④研修受講履歴を会員向けマイページ「キャリアース」で会員本人が参照可能となるための会員情報管理体制ナースシップとの連携(①～④の具体例: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、研修案内等での利用)