

【 申込用紙 B 】

研修会・交流会名	令和元年度 平成30年7月豪雨災害における保健師交流会 Part II								
開催日	令和元年7月27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>						
災害支援従事の経験 (○印をつけてください。)	参加動機								
1. 有 2. 無									

●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「キャリアナース」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)