

第1回 2019年7月25日（木）・30日（火）開催

受理日	成	年	月	日
-----	---	---	---	---

2019年度 IMS グループ看護師認知症対応力向上研修 申込書

★ こちらの受講申込書に、保有資格証（看護師免許証等）のコピーを添付の上、送付ください。

ふりがな			性別 (☑をしてください)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名	(姓)	(名)		
生年月日	平成	年	月	年齢 歳
自宅住所	〒 - () -			
電話番号	※2 () -			
E-mail	※2			

※1：年齢は2019年4月1時点で算出してください。

※2：必ず連絡が取れる電話番号・アドレスの記載をお願いいたします。

勤務先名	※法人名と事業所名を記入してください。			
勤務先住所	〒 -	電話番号	() -	勤務先
配属部署	主な診療科目			
勤続年数 (現在の勤務先)	年	ヶ月	看護職 経験年数	年
現在の職位 (該当するものに○をつけてください)	1. スタッフ 2. 副主任 3. 主任 4. 師長 5. その他 ()			

【個人情報の取り扱いについて】

- ◆記載された情報は、本講習会の運営・管理・認定などにのみ使用いたします。
- ◆施設名・氏名を記載した受講者一覧表を各受講生に配布いたします。また、当日は施設名・氏名を記載した名札をお渡しいたしますので、講習会中は名札の着用をお願いいたします。
- ◆講習会中に写真を撮らせていただくことがございます。IMSグループ職員向け広報誌掲載・職員向けサイト掲載に使用いたします。ご了承いただけない場合、予めお申し出ください。

《申込先》 IMSグループ本部事務局 イムス医療従事者生涯教育センター 松崎勇樹・大石智子・伊藤和憲
TEL：03-6912-5236 E-mail：e-center@ims.gr.jp