



看護補助者の活用推進のための看護管理者研修 申込書

記入日	年	月	日
-----	---	---	---

ふりがな			性別 (○をつけて ください)	男	女
氏名	(姓)	(名)			
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	〒		勤務先 電話番号		
配属部署 及び病棟		主な 診療科目			
勤続年数 (現在の勤務先) ※1	年	ヵ月	看護職 経験年数 ※1	年	ヵ月
現在の職位 (該当するものに○ をつけてください)	1. 副主任	2. 主任	3. 師長	4. 部長	5. その他()
生年月日	年	月	日	年齢 ※1	歳
自宅住所	〒				
電話番号 ※2			e-mail ※2		

※1: 2022年8月31日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。

【個人情報の取り扱いについて】

- ◆記載された情報は、本研修の運営・管理・認定などにも使用いたします。
- ◆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。
- ◆研修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。

【申込について】申込期間内に郵送にてお申し込みください。

- 提出書類
申込書(本紙)
- 提出先
〒174-0051 東京都板橋区小豆沢3-3-2
- 問い合わせ・担当者
IMSグループ本部事務局 看護部 佐々木・目時
- 申込締切
令和4年8月31日(水)必着