

2021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)	□男 □女				
氏名	(姓)	(名)						
生年月日	昭和・平成	年	月	日	年齢	歳	※1	
自宅住所	〒 -							
電話番号	() -						※2	
E-mail								※2

※1:年齢は2021年3月1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。

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)	年		ヶ月	看護職 経験年数	年		ヶ月
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場合がございます。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。

【申込方法】こちらの申込書に必要事項を記入の上、申込期間内に郵送またはE-mailにてご提出ください

≪郵送の場合≫ 〒170-0013 東京都豊島区東池袋1-33-8 NBF池袋タワー13F

≪E-mailの場合≫ E-mail:e-center@ims.gr.jp (PDFにてご送付ください)

≪送付先・お問い合わせ先≫ 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 大石智子
Tel:03-6912-5236

申込締切:4月5日(月)