

埼玉県福祉部高齢者福祉課 介護人材担当宛て

(F A X : 0 4 8 - 8 3 0 - 4 7 8 1)

※FAX送信票は不要です。(令和5年6月20日(火) 必着)

※個人情報の記載がありますので、誤送信がないようご注意ください。

「介護施設等における看護指導者養成研修」受講申込書

氏名(フリガナ)	()
年齢(申込時)	歳
職種(准看護師は対象外)	1,保健師 2,助産師 3,看護師 (いずれかに○)
看護師実務経験年数	年
介護施設実務経験年数	年
看護実務者研修受講歴	有 ・ 無 (どちらかに○)
フリガナ	
施設名	
施設所在地	〒
施設電話番号	
設置類型	1,介護老人福祉施設(特養) 2,介護老人保健施設 3,看護小規模多機能型居宅介護
	4,介護医療院 5,認知症対応型共同生活介護(グループホーム) 6,有料老人ホーム
	7,その他()
相当する職位等	1,施設長 2,副施設長 3,部長・部門長 4,師長・課長・ユニット長
	5,主任・副師長・係長・リーダー 6,一般職員、スタッフ
	7,その他()
会員状況	1,会員(日本看護協会会員No.) 入会先都道府県()
	2,入会手続き中 入会手続き中の都道府県()
	3,非会員 所属先・自宅のある都道府県()
メールアドレス (フリガナ)	※受講に必要なURLをメール等で案内します。 「@nurse.or.jp」を受信できるよう設定してください。 @ ()
緊急連絡先	※日中連絡の取れる連絡先を御記入ください。 1. 所属施設 2. その他(TEL:)
備考	