（様式１）

研修申込書（受け入れ研修用）

（記載日）　西暦　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな申し込み者氏　　名 |  | 年齢 | （　　　　　）歳 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 性別 | 男　　　　女 |
| 所属機関 |  | 所属部署 |  |
| 所属機関住　　所 | 〒 |
| 緊急連絡先 | ※当日、本人に連絡可能な番号を記載してください | 勤務先電話番号 | 内線（　　　　　　） |
| Eメールアドレス | **※携帯キャリアのメールアドレスの場合、【＠wakayama-med.ac.jp】のメールが受信できるようにしておいてください** |
| 臨床経験年数 | （　　　　　　　）　年 |

ご記入いただいた情報は、本研修以外に使用することはありません。また本学規定に沿って適切に取り扱います。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望コース |  |
| 受講希望日＊「状態変化時の初期対応」コースの場合、第１希望・第2希望を記入＊緩和ケアコースは第1～3希望を記入 | 第1　（　　　　　　　　　　　　　）第2　（　　　　　　　　　　　　　）第3　（　　　　　　　　　　　　　） |

和歌山県立医科大学看護キャリア開発センター　FAX番号　073-441-0769