群馬県立県民健康科学大学　地域連携・キャリア開発センター

**令和６年度　看護研究個別支援　継続受講申込書**

記入日：　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研究代表者連絡先 | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 施設名  所属（部署名） |  |
| 職場の連絡先 | ＜職場住所＞〒　　　－ |
| ＜職場TEL＞※職場で連絡が取れる電話番号をご記入ください。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　（内線：　　　　　） |
| メールアドレス |  |
| 研究班 | メンバー氏名 |  |
| メンバー氏名 |  |
| メンバー氏名 |  |
| メンバー氏名 |  |
| 研究テーマ | |  |
| 現時点での発表目標 | | ＊該当する番号を○で囲んでください。  １．全国学会発表　　　　２．群馬県看護学会発表  ３．院内発表　　　　　　４．その他（　　　　　　　　　　　） |
| 研究支援教員の承諾 | | ＊申込前に研究支援教員に確認し、下記□にチェックをお願いします。  □研究支援教員から個別支援継続の承諾を得ています |

※２名以上のグループで研究支援を希望する場合は、研究班欄に記入してください。

※受講申込書の個人情報は、今回の事業の目的以外には使用いたしません。

＜お問い合わせ先＞

〒371-0052 群馬県前橋市上沖町３２３－１

　　　　　 群馬県立県民健康科学大学　地域連携・キャリア開発センター（大学事務局　教務係）

　　　　　　　ＴＥＬ：０２７－２３５－１２１１　Ｅ－mail：renkeicenter@gchs.ac.jp