**弾性ストッキング・圧迫療法コンダクター講習会協力員 申請書**

**＊個人情報保護方針について　【日本静脈学会 弾性ストッキング・圧迫療法コンダクター養成員会 認定事務局 】**

申請書に記入された個人を特定できるすべての情報は、認定の際の連絡と認定証の発行、発送、及び弾性ストッキング・圧迫療法コンダクターに関する情報提供のために利用させて頂きます。個人情報は法令で定める場合を除きご本人様の同意なしに第三者への提供は行いません。個人情報保護に関し安全管理に努めます。

**上記の内容に同意された方は下記申請書にご記入ください。ご記入の場合は同意して頂いたと了承させて頂きます。**

**弾性ストッキング・圧迫療法コンダクター**

**認定番号**　　　　　　　　 　　**有効期限**

**ふりがな**

**氏 名 (署 名)**

**生年月日** 西暦　 年 月 日

**勤 務 先** 名 称

所属部署

職 種（国家資格等）

**連絡先** 職場・自宅 （どちらかを選択してください）

〒

住所

電話番号

メールアドレス　　 （必須）

**日本静脈学会ホームページへの掲載** 　　□ 希望する　 □ 希望しない

**申請書類確認** □ 講習会協力員申請用紙（この用紙に記入する）

　　□ 3回分の感謝状コピー(PDFファイルを添付する)

**＊「弾性ストッキング・圧迫療法コンダクター講習会協力員」の認定は「弾性ストッキング・圧迫療法コンダクター」の有効期限が切れると無効になりますので、有効期限内に更新をお願い申し上げます。**