

令和2年度富山県看護協会  
**訪問看護研修 申込書**  
 (富山県委託事業)

(申込年月日)			
西暦	年	月	日

・記入欄には正確に記載し、該当するものに✓印をつけてください。  
 ・年齢・実務年数は申込日現在で記入してください。

研修名	訪問看護ステーション管理者育成研修会		
施設名			
連絡先	部署・役職		担当者
	TEL		FAX

No.	ふりがな	実務経験 年数	訪問看護 経験年数	就労職種	協会入会状況	自施設での役割
	氏名					
1		年	年	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准	<input type="checkbox"/> 会員 (No. ) <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 入会手続き中	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 主任 <input type="checkbox"/> その他 ( )
2		年	年	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准	<input type="checkbox"/> 会員 (No. ) <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 入会手続き中	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 主任 <input type="checkbox"/> その他 ( )
3		年	年	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准	<input type="checkbox"/> 会員 (No. ) <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 入会手続き中	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 主任 <input type="checkbox"/> その他 ( )
4		年	年	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准	<input type="checkbox"/> 会員 (No. ) <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 入会手続き中	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 主任 <input type="checkbox"/> その他 ( )
5		年	年	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准	<input type="checkbox"/> 会員 (No. ) <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 入会手続き中	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 主任 <input type="checkbox"/> その他 ( )

【問合せ先】 富山県ナースセンター TEL 076-433-5251 / FAX 076-433-5281

申込みをもって受講決定とします

個人情報の取り扱い：本研修申込みで得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送に用いこの利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。