

医療機関看護師の訪問看護研修 申込書

- ・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2024年4月1日を基準に記入してください。

(申込年月日)

西暦 年 月 日

ふりがな				実務経験 年数	年
氏名					
会員状況	<input type="checkbox"/> 会員 (No.) <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 入会手続き中				
保有資格	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師				
E-Mail	※研修のお知らせ等に使用するため、添付ファイル等が受信できるアドレスをご記入ください				
所属施設	施設名				
	部署・役職				
	住所	〒			
	TEL	(内線)		FAX	

実習ステーションを下記より1箇所選択してください。

<input type="checkbox"/>	A	朝日町在宅介護支援センター訪問看護ステーション	7/4 (木)
<input type="checkbox"/>	B	朝日町在宅介護支援センター訪問看護ステーション	7/5 (金)
<input type="checkbox"/>	C	訪問看護ステーションひよどり富山	8/2 (金)
<input type="checkbox"/>	D	訪問看護ステーションひよどり富山	8/9 (金)
<input type="checkbox"/>	E	富山赤十字訪問看護ステーション	8/7 (水)
<input type="checkbox"/>	F	高岡市医師会訪問看護ステーション	7/4 (木)
<input type="checkbox"/>	G	高岡市医師会訪問看護ステーション	7/5 (金)
<input type="checkbox"/>	H	南砺市訪問看護ステーション	8/6 (火)

在宅ケア事例検討会を下記より1箇所選択してください。

<input type="checkbox"/>	1	黒部市民病院	8/22(木)
<input type="checkbox"/>	2	富山県立中央病院	9/3(火)
<input type="checkbox"/>	3	富山県看護研修センター	10/1(火)
<input type="checkbox"/>	4	厚生連高岡病院	8/28(水)
<input type="checkbox"/>	5	真生会富山病院	10/16(水)
<input type="checkbox"/>	6	市立砺波総合病院	9/12 (木)

【問合せ先】 富山県訪問看護総合支援センター TEL 076-431-0230 / FAX 076-431-0227

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。