

在宅ケア事例検討会 申込書

- ・記入欄は正確に記載し、該当するものに✓印をつけてください。
 ・会場ごとにそれぞれお申込みください。

(申込年月日)

西暦 2025 年 月 日

会場 ※いずれかを選択	☐	1	黒部市民病院	8/20(水)	
	☐	2	富山県立中央病院	9/2(火)	
	☐	3	真生会富山病院	8/27(水)	
	☐	4	市立砺波総合病院	9/11(木)	
施設名					
連絡先	担当者			役職	
	TEL	(内線)		FAX	
	E-Mail				

No.	ふりがな 氏 名	看護職 実務経験	訪問看護 実務経験	就労職種	協会入会状況	自施設での役割
1			☐ なし ☐ あり ()年	☐ 保 ☐ 助 ☐ 看 ☐ 准	☐ 会員 (No.) ☐ 非会員 ☐ 入会手続き中	☐ 管理者 ☐ スタッフ ☐ その他 ()
2			☐ なし ☐ あり ()年	☐ 保 ☐ 助 ☐ 看 ☐ 准	☐ 会員 (No.) ☐ 非会員 ☐ 入会手続き中	☐ 管理者 ☐ スタッフ ☐ その他 ()
3			☐ なし ☐ あり ()年	☐ 保 ☐ 助 ☐ 看 ☐ 准	☐ 会員 (No.) ☐ 非会員 ☐ 入会手続き中	☐ 管理者 ☐ スタッフ ☐ その他 ()
4			☐ なし ☐ あり ()年	☐ 保 ☐ 助 ☐ 看 ☐ 准	☐ 会員 (No.) ☐ 非会員 ☐ 入会手続き中	☐ 管理者 ☐ スタッフ ☐ その他 ()
5			☐ なし ☐ あり ()年	☐ 保 ☐ 助 ☐ 看 ☐ 准	☐ 会員 (No.) ☐ 非会員 ☐ 入会手続き中	☐ 管理者 ☐ スタッフ ☐ その他 ()

【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

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。