

「小児医療対応力向上技術研修会」参加申込書

事業所名	
参加希望 (☑を)	<input type="checkbox"/> 参加を希望します → 下記内容を記入してください
小児訪問看護の 現状 (☑を)	<input type="checkbox"/> 現在小児訪問看護を実施しています
	<input type="checkbox"/> 今後小児訪問看護を受入れる予定です
	<input type="checkbox"/> 小児訪問看護の予定はありません
連絡先 (T E L)	

※受講希望者は下記の①か②コースのどちらかを選択し、☑してください

① 1日目のみ (オンデマンド研修)

No.	(ふりがな) 参加者氏名	訪問看護 実務経験 年数	職種	9月12日～12月12日	E-mail	小児経験有 (病棟.外来.訪 問看護等)
例	富○ 協▲	2	保・助 看・准	○	call-center@toyama-kango.or.jp	○ (病棟)
1			保・助 看・准			
2			保・助 看・准			
3			保・助 看・准			

② 1日目～3日目の全コース

No.	(ふりがな) 参加者氏名	訪問看護 実務経験 年数	職種	10月8日(水)	10月29日(水)	9月17日 ～10月22日	小児経験有 (病棟.外来.訪 問看護等)
				2日目(定数4名)	2日目(定数4名)	3日目	
例	富○ 協▲	2	保・助 看・准	○		希望の記号記入	○ (病棟)
1			保・助 看・准				
2			保・助 看・准				

※ 3日目に関しては、希望日程を下記より選び、記入してください。(基本月・水・金)

3日目(1日)	A	B	C	D	E	F	G	H
		9月17日 (水)	9月19日 (金)	9月24日 (水)	9月26日 (金)	10月15日 (水)	10月17日 (金)	10月20日 (月)

【重要】○受講決定に関しては、別途案内いたします。

○2日目(10月8日又は29日)の受講数に関しては1日あたり4人までのため、調整させていただきます。

2日目の受講決定された方は、事前に抗体価検査が必要です。過去の検査結果でも可。検査の写しでも可。

抗体価検査項目：B型肝炎(HBs抗原・HBs抗体)・麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘

○3日目(9月17日～10月22日)は1日の実習で1日1人となっていますので、調整させていただきます。

個人情報の取り扱い：本研修申込で得た個人情報は、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。

令和7年8月8日(金) 必着