**令和６年度訪問看護研修 [指導者編]申込書**

QR コード

自動的に生成された説明

下記項目について記入、または該当を○で囲んでください。

申込方法：①イージーセミナー、二次元コードから

②郵送の場合は、本用紙をご活用ください。

送付先：〒371-0007　前橋市上泉町1858-7（公社）群馬県看護協会　在宅支援課あて

　　　　　　　　　　　　　　※郵送の場合、締切日（１０/２４）必着のこと

**※全日程出席可能な方に限ります　　申込期限：１０/２４(木)期限厳守**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ**  **受講者氏名** | **男**  **女** | **生年**  **月日** | | **S・H　 　年　　月　　日**  **（　　　　歳）** | | |
| **職　種**  **取得免許すべてにマルをつける** | **保健師・助産師・看護師・准看護師**  **・介護支援専門員資格　（あり　・　なし）**  **・看護協会会員　　あり 会員NO**  **なし** | | **今までの**  **訪問看護**  **実務年数** | | | **年** |
| **職 位 と**  **その年数** | （例：管理者　3年　　副管理者　2年等）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※ない場合は記入の必要はありません。 | | | | | |
| **自宅住所** | **〒** | | **連絡先**  **TEL** | | **昼間連絡がつく電話番号** | |
| **e-mail** | |  | |
| **施設名及び**  **管理者名** | **（管理者氏名：　　　　　　　　　　　　　　）** | | | | | |
| **施設住所**  **連絡先** | **〒**  **TEL　　　　　　　　　　　　　　FAX** | | | | | |

＊本研修申込みで得た個人情報は、研修に伴う書類作成・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。