

## 9/28(土) 研修会申込書

## 「強みを活かす看護アセスメント」

～関連図を用いた在宅看護過程教育の実際～

会員・非会員	<input type="checkbox"/> 大阪府訪問看護 ST 協会会員 会員NO. ( )	<input type="checkbox"/> 非会員
事業所名 (ブロック名)	※会員のみ記入 ( ) ブロック	
事業所の連絡先 ※非会員の方は ご住所もご記入く ださい	TEL:	FAX:
	住所：(非会員事業所の方要記載)	

※貴訪問看護事業所の規模について、もっとも該当する番号に番号に○をつけて下さい

(下記分類は、看護師の延べ人数ではなく、常勤換算となっていますのでご注意ください)

1. 小規模① (看護常勤換算3人未満)    2. 小規模② (看護常勤換算3人～5人未満)  
3. 中規模 (看護常勤換算で5人～8人未満)    4. 大規模 (看護師常勤換算で8人以上)

	氏 名	職 位	職 種
1	ふりがな	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> スタッフ	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師
2	ふりがな	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> スタッフ	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師
3	ふりがな	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> スタッフ	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師

- \* 本研修は、参加券等の発行はありません。申込者は当日会場へお越しください。
- \* 参加費は、出来るだけお釣りの無いようにご持参ください。
- \* お申込み後のキャンセルは事務局までご連絡ください。尚、当日の連絡は、事務局携帯：  
090-5123-3117 (12時以降) まで。(※直接、研修会場への連絡はしないようにお願いします)

＝返信先＝

大阪府訪問看護ステーション協会 事務局 FAX:06-6767-3801  
申し込み締め切り 9月20日(金) 到着分まで