

2019年度 第2回 精神科訪問看護研修会 申込書

<input type="checkbox"/> 大阪府訪問看護ステーション協会会員 会員NO. _____ () ブロック			<input type="checkbox"/> 非会員
所有資格 所有資格に○をつけてください 1、看護師 2、保健師 3、作業療法士 4、准看護師 5、その他 ()	主たる免許実務経験 年 月	訪問看護ステーション 従事期間 年 月	
ふりがな		年 齢	性 別
氏 名		歳	男 ・ 女
設置主体 (法人名)			
ふりがな			
施設名			
施設住所	〒 _____		
電話番号	TEL ()	FAX ()	
※書類送付先：原則として施設住所へ送付します。			
優先順位	各施設で複数人が申し込まれる場合は必ず優先順位をつけてください。	()位/()名中	
経 費	<input type="checkbox"/> 全額自己負担 <input type="checkbox"/> 一部自己負担 <input type="checkbox"/> 全額施設負担 <input type="checkbox"/> その他 ()		
受講動機	該当する番号に○をつけてください。		
	1. 研修内容(または講師)に関心・興味がある 6. 他施設の人との情報交換 2. 専門的な知識・技術の習得 7. 自分自身のキャリアアップ 3. 現状の問題・課題達成 8. 上司の勧め 4. 役割としての能力開発 9. その他 5. 人材育成・スタッフ指導・学生指導等 ()		

※記入上の注意

- ・ 申込書記入欄はすべて記載の上、下記事務局あて FAX にてお申込みください。
- ・ 各欄の該当するところに✓印または○印をつけてください。
- ・ 太枠内氏名は参加票および修了証に使用しますので、正しく楷書でわかりやすく記入してください。
- ・ 受付完了者には受講決定通知書を郵送いたします。(12月下旬発送)

※個人情報の取り扱い

本研修申し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個人情報を取り扱うことはありません。

FAX 返信先 (大阪府訪問看護ステーション協会 事務局) : 06-6767-3801