



2019年度 訪問看護管理者研修 上級コース

参加申込書

必要事項をご記入のうえ、募集締切日までに下記FAXにてお申込みください。（口欄は該当するところに✓印）

| | | | | | |
|--|------|---|--|---|-----|
| <input type="checkbox"/> 2月20日申込み | | | <input type="checkbox"/> 2月22日申込み | | |
| <input type="checkbox"/> 大阪府訪問看護ステーション協会 会員 | | | | <input type="checkbox"/> 非会員 | |
| ブロック | | | | 会員施設番号 | |
| 氏名 | ふりがな | 年齢 | 職位等 | <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 経営者 <input type="checkbox"/> 主任等 <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| 看護師経験 | 年 月 | 訪問看護師経験 | 年 月 | 訪問看護 管理者経験 | 年 月 |
| 所属事業所名 (施設名等) | | | | | |
| 設置主体 (法人名) | | | | | |
| 所属事業所 住所・連絡先 | | 〒 | | | |
| TEL | | FAX | | 緊急連絡先 | |
| 貴訪問看護事業所の規模について、もっとも該当すると思われるものに1つ○をつけて下さい （下記分類は、看護師の延べ人数ではなく、常勤換算となっており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） | | 3. 中規模（看護常勤換算で5人～8人未満） | | | |
| 2. 小規模②（看護常勤換算3人～5人未満） | | 4. 大規模（看護師常勤換算で8人以上） | | | |
| これまでに受けた当協会の訪問看護管理者研修の受講状況について口に✓印してください。（複数回答可） | | | | | |
| <input type="checkbox"/> H30年度管理者研修（基礎コースⅠ／2日間） | | <input type="checkbox"/> H30年度管理者研修（基礎コースⅡ／2日間） | | | |
| <input type="checkbox"/> H30年度管理者研修（経営コースⅠ・Ⅱ） | | <input type="checkbox"/> 2019年度管理者研修 初級コースA／2日間 | | | |
| <input type="checkbox"/> 2019年度管理者研修 中級コースB／2日間 | | <input type="checkbox"/> なし | | | |
| 受講動機 ※該当番号に○をつけてください。（複数回答可） 1. 管理能力の向上 2. 現状の問題・課題達成 3. 他STとの情報交換・交流 4. その他 [] | | | 当協会研修以外でこれまでに受けた管理者研修 ※該当番号に○をつけてください。（複数回答可） 1. 訪問看護管理者研修（全国訪問看護事業協会） 2. 看護管理者研修（ファースト・セカンド・サード） 3. その他（ 4. 受講経験なし | | |

- ・受講決定者には、募集締め切り後、受講決定通知書と研修参加票を郵送します。
- ・参加費は受講決定通知書を受け取った後、振込み期日までに指定の振込み口座にご入金ください。
 なお、入金後のキャンセル・欠席につきましては参加費の返金はいたしません。
- ・災害時の連絡等に備え、緊急連絡先記入のご協力をお願いします。
- ・受講は、ご本人に限ります。参加申込書は記入漏れの無いよう全ての設問にご記入ください。
- ・個人情報、この事業の目的以外には使用いたしません。

大阪府訪問看護ステーション協会 申込送信先 FAX 06-6767-3801