受講申込書

訪問看護キャリアアップ研修 ～精神科訪問看護基本療養費算定要件研修～

**FAX送信先　0857-24-1533**

|  |  |
| --- | --- |
| **施設名** |  |
| **申込責任者氏名** | 職名：　　　　　　　　　　氏名： |
| **電話番号** | （　　　　　　）　　　　- |
| **FAX番号** | （　　　　　　）　　　　- |
| **連絡先メールアドレス　※必須** | ※研修の連絡は主にメールでさせていただきます |
| **受講申込者氏名（ふりがな）**※４名以上お申し込みの場合は、用紙をコピーしてお使いください。※あてはまるところに〇をしてください。 | （ふりがな） | 看護職・作業療法士 | 算定要件（３日間）・フォローアップ(6/27・7/4・7/12)※参加日に○ |
|  |
| 看護協会会員番号有（　　　　　　　　　　　　　　）・　無 |
| （ふりがな） | 看護職・作業療法士 | 算定要件（３日間）・フォローアップ(6/27・7/4・7/12)※参加日に○ |
|  |
| 看護協会会員番号有（　　　　　　　　　　　　　　）・　無 |
| （ふりがな） | 看護職・作業療法士 | 算定要件（３日間）・フォローアップ(6/27・7/4・7/12)※参加日に○ |
|  |
| 看護協会会員番号有（　　　　　　　　　　　　　　）・　無 |
| （ふりがな） | 看護職・作業療法士 | 算定要件（３日間）・フォローアップ(6/27・7/4・7/12)※参加日に○ |
|  |
| 看護協会会員番号有（　　　　　　　　　　　　　　）・　無 |

鳥取県看護協会の個人情報保護方針に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。研修会のお申込に際して提供していただく個人情報に関して、研修会に伴う書類作成・発送に用い、この利用範囲を超えて個人情報を取り扱うことはいたしません。

個人情報に関する取り扱い