**訪問看護関連研修 受講申込書（共通）**

受講希望の研修に〇を付けてください。複数の研修に受講希望の場合はそれぞれの申込期間中にそれぞれ申込をすること）

【訪問看護キャリアアップ研修】

<対象：訪問看護師>

９/５暴力・ハラスメント　/　10/10糖尿病　/　11/21認知症　/　11/28アドバンス・ケア・プランニング

申込日　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 年齢歳 | 勤務先名(ステーション勤務の方はｽﾃｰｼｮﾝ名まで明記すること) |  |
| 氏　　名 |  |
| 自宅住所電話番号 | 〒　　　-自宅TEL(　　　　)　　　-自宅FAX(　　　　)　　　-携帯TEL　　　　- 　　　-※携帯TELは研修当日でも連絡のつく番号を記入のこと。 | 勤務先住所電話番号 | 〒　　　-勤務先TEL(　　　　)　　　-勤務先FAX(　　　　)　　　- |
| 職　種（いずれかに○） | 保健師・助産師・看護師・准看護師・看護学生その他（　　　　　　　　　）※訪問看護体験研修～初めの一歩～のみ看護学生受講申込可※精神科フォローアップ研修のみ精神訪問看護を行っている事業所の職員受講申込可 | 看護協会会員番号（いずれかに○）※受講選考には会員・非会員は問わない。 | 鳥取県看護協会会員(番号：　　　　　　)日本看護協会会員（※県外の方）(番号：　　　　　　　)非会員 |
| 実務年数（年数を記入） | 看護学生（申込時　　　年生）・准看護師（　　　年）・看護師（　　　年）その他（　　　　　　　　）（　　　年）・うち訪問看護勤務（　　　年） |
| メールアドレス | **※研修の連絡は原則としてメールで行うため、必ず記入すること。**※携帯・スマートフォンアドレスでもワード・エクセルの添付ファイル等を受取・印刷可能であれば可。※『@tottori-kangokyokai.or.jp』のドメインを受信できるように設定しておくこと。※outlookアドレスは不具合の可能性があるので不可。 |
| 受講希望動機（複数回答可） | ①テーマ・内容に興味がある　②講師に興味がある　③自己啓発のため　④職場の勧め⑤その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

・本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。

・研修申込で知り得た情報は、研修会に伴う書類作成・発送、会員情報管理体制ナースシップへの連携、「キャリナース」への登録、各種統計分析に用い、この利用範囲を超えて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**