**訪問看護関連研修 受講申込書（共通）**

【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】

申込日　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 年齢  歳 | 勤務先名 |  |
| 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○） | 看護職　　　・　　　作業療法士 | | 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 |
| 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。大きくご記入ください。**  ※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。 | | | |
| 受講について | **※〇をつけてください。**  **算定要件（３日間）　　　　　　・　　　　フォローアップ（4/24・　4/25・　4/29）　参加日に〇**  **【受講場所】　〇をつけてください。**  **4/24（伯耆しあわせの郷　　・Web（ZOOM））**  **4/25（伯耆しあわせの郷　　・Web（ZOOM））**  **4/29（伯耆しあわせの郷　　・Web（ZOOM））**  ※Weｂ（ＺＯＯＭ）でご参加の方は受講日の2～３日前に接続テスト（５分程度）行います。複数日受講の場合は接続テストは１回です。 | | | |
| 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**