**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**