**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 | |  | | --- | | ・研修連絡時＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿  　（研修の連絡は原則メールで行うため、必ず大きく記入してください。）  ・受講時(Zoom)：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿  **※原則1人１台のパソコンを使用してください。**  ※「＠totori-kangokyokai.or.jp」のドメインが受信できるように設定してください。  ※outlookアドレスは不具合の可能性があるので不可です | | ・受講する研修に○をつけてください。  **（　　）精神科訪問看護基本療養費算定要件研修（3日間すべて）**  ・【受講場所】の該当するものに〇をつけてください。  4月23日（土）‥（　　）倉吉未来中心・（　　）Web(Zoom)  　4月24日（日）‥（　　）倉吉未来中心・（　　）Web(Zoom)  　4月29日（金）‥（　　）倉吉未来中心・（　　）Web(Zoom)  **（　　）修了証をお持ちの方でフォローアップ目的（希望日）**  ・【受講日】および【受講場所】の該当するものに〇をつけてください。  　（　　）4月23日（土）‥（　　）倉吉未来中心・（　　）Web(Zoom)  　（　　）4月24日（日）‥（　　）倉吉未来中心・（　　）Web(Zoom)  　（　　）4月29日（金）‥（　　）倉吉未来中心・（　　）Web(Zoom)  ※研修日までにZoomの接続テストをご希望の場合は事前にご連絡ください | | 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　④職場の勧め  ⑤その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 受講について |
| 受講希望動機  （複数回答可） |
| **個人情報に関する取扱い** | | | | |

・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ﾌﾟへの連携、「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。