**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 |

|  |
| --- |
| ・アドレス＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　　　　　　　　　（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。）※「＠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）****（　　）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】に該当するものに〇をつけてください。　　　　（　　）4月22日（土）‥倉吉未来中心　　　　（　　）4月26日（水）‥伯耆しあわせの郷　　　　（　　）4月29日（土）‥倉吉未来中心 |
| 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。