

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 令和 年 月 日

ふりがな		年齢		
氏名		歳		勤務先名
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	<p>・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。)</p> <p>※「@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ため不可です。</p>			
受講について	<p>・受講する研修に○をつけてください。</p> <p>() 精神科訪問看護基本療養費算定要件研修 (3日間すべて)</p> <p>() 修了証をお持ちの方でフォローアップ目的 (希望日)</p> <p>【受講日】に該当するものに○をつけてください。</p> <p>() 4月14日(日) ・伯耆しあわせの郷 () 4月20日(土) ・伯耆しあわせの郷 () 4月24日(水) ・伯耆しあわせの郷</p>			
受講希望動機 (複数回答可)	<p>⑤ 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 ()</p>			

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プへの連携、「キャリアナース」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。