**令和７年度訪問看護職員養成講習会　聴講申込書**（各研修　先着5名）

申込日　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 年齢  歳 | 勤務先名  (ステーション勤務の方はｽﾃｰｼｮﾝ名まで明記すること) |  |
| 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○） | 保健師・助産師・看護師・准看護師  その他（　　　　　　　　　） | | 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 |
| 実務年数  （年数を記入） | 准看護師（　　　年）・看護師（　　　年）  その他（　　　　　　　　）（　　　年）・うち訪問看護勤務（　　　年） | | | |
| メール  アドレス | **・研修連絡時（受講決定通知等）**※申し込み1週間程度で、受講可否をメールで通知します。  ※『@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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 研　修  内　容 | 希望する研修に☑をしてください。（複数・単数申込可）　※全て集合研修です。   * 訪問看護の役割・機能・特性　5/21（水）13:30～16:00　鳥取県看護研修センター * フィジカルアセスメント　6/４（水）10：00～16：00　鳥取大学医学部附属病院ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝｾﾝﾀ- * 摂食嚥下機能　6/1７（火）10：00～16：00　エースパック未来中心 * リハビリテーション　7/３（木）10：00～16：00　鳥取県立福祉人材研修センター * スキンケア　7/１６（水）10：00～15：00　米子コンベンションセンター * フットケア　8/６（水）10：00～16：00　エースパック未来中心 * エンド・オブ・ライフ・ケア　8/20（水）　10：00～16：00　エースパック未来中心 * 小児訪問看護　12/1７（水）10：00～12：00　鳥取県看護研修センター | | | |

・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**