

令和4年度 訪問看護継続研修
申 込 書

※一人一枚でお申し込みください。
※該当する項目に☑をつけてください。

申し込み者	ふりがな		
	氏 名		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	勤務先名 電話番号	(T E L)	
	携帯電話番号	※緊急に連絡を取る場合がありますので、携帯番号を記載してください。	
	職 種	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師	
	職 位	<input type="checkbox"/> 所長 <input type="checkbox"/> 副所長 <input type="checkbox"/> その他	
	経験年数	年（看護職全体） 年（訪問看護師） 年（現職位）	
	看護協会員の 有無	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員	
<p>★「摂食嚥下困難な方への看護、経腸栄養管理」に関して、困っている事・学びたい事を必ずお書きください。</p> 			

上記申込書により、**令和4年6月20日(月)**までにメール又は、FAXにて、山梨県訪問看護支援センターまで申し込みをお願いします。なお、申込書は、看護協会HPからダウンロードしてください。

E-mail : h-support-ca@yna.or.jp FAX : 055-222-5988 TEL : 055-225-3035