令和５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 |  |  |
| 勤 務 先 名　電 話 番 号 | （ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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 |  　 |
| 職　　位 | 　　　 | () |
| 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 |   |
| ★「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。　　　　 |

上記申込書により、**令和５年６月１９日(月)**までにメール又は、郵送にて、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：tsm@yna.or.jp 　　　FAX：055-222-5988 TEL：055-225-3035