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		☐ 男性　☐ 女性
	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	☐ 保健師　☐ 助産師　☐ 看護師　☐ 准看護師	
	職　位	☐ 所長　☐ 副所長　☐ 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	☐ 会員　☐ 非会員	

★「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