令和５年度　訪問看護管理者研修

**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 |   |
| ★業務継続計画（BCP）研修に関して、学びたい事・課題と感じている事をお書きください。　【研修で学びたい事】：　　　　　　　　　　　【課題と感じている事】：　 |

上記申込書により、**令和５年６月２６日(月)**までにメールまたは郵送にて申し込み期限内に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。　　＊申込書は、看護協会ＨＰからダウンロードできます。

**アドレス：****tsm@yna.or.jp** TEL：055-225-3035