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**](mailto:tsm@yna.or.jp) TEL：055-225-3035