**令和５年度　訪問看護ステーション・医療機関に勤務する看護師の相互研修 申込書**

※該当する項目の□にチェック(☑)を入れてください。　　　　　　申し込み日：令和　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | 部署名 |  |
| 責任者名 |  | 施設電話番号 |  |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ参加者氏　名 |  | 協会員 | 　　 | 職　種 |   |
|  |
| 性別 |   | 看護職経験年数 | 年目 | 電話番号(可能な場合携帯番号) |  |
| ※ 研修受講にあたり、ご自身の学習課題を具体的にお書きください。１．講義で学びたいこと２．医療機関または訪問看護ステーションでの実習で学びたいこと |
| ※病院看護師の方へ実習を希望する訪問看護ステーションについて、第１希望と第２希望を記載してください。※実習先の都合にてご希望に沿えない場合があります。実習先が決まっていない方はこちらで調整しますので、第３希望に○をつけてください。第１希望【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】第２希望【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】第３希望　山梨県訪問看護支援センターが指定する訪問看護ステーション【　　　】 |
| ※訪問看護師の方へ実習を希望する医療機関について、第１希望と第２希望を記載してください。※実習先の都合にてご希望に沿えない場合があります。実習先が決まっていない方はこちらで調整しますので、第３希望に○をつけてください。第１希望【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】第２希望【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】第３希望　山梨県訪問看護支援センターが指定する医療機関【　　　】 |

※本会の個人情報保護方針および規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。本会研修申し込みに際して得た個人情報は、研修会申し込みに伴う書類発送、学習ニーズや研修評価に伴う調査依頼、研修案内に用い、この利用目的の範囲を超えて、個人情報を取り扱うことはいたしません。もし、この範囲を超える場合には、本人の同意を得た上で取り扱います。

**申込み締切：6月30日(火)必着**

上記申込書に必要内容を記載し、**令和5年7月3日（月）までにメールでお申し込みください。**

申込書送信先：山梨県訪問看護支援センター（TEL：055－225－3035）

**E-mail：**h-support-ca@yna.or.jp 　※件名を「相互研修申込：○○○○（氏名）」としてください