令和5年度 奈良県精神科訪問看護研修　受講申込書

申込期日：2023年12月5日(火)～12月19日(火)　必着

注意　**返信宛名記入の長3封筒(84円切手貼付)同封**　(複数名、封筒1通可、但し3名以上は94円切手)

（個人情報の取り扱いについて） 受講申込に際して得た個人情報は、研修案内・研修に際しての連絡、講師および奈良県に学習ニーズの

把握や評価に伴う内容報告等に用い、この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。

本紙記載・郵送提出にて、応募要件の全日程出席に同意した (受講決定通知により参加費払込する)ものとみなします。

申込日：2023年　12月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな： | 奈看協会員Ｎｏ.※最下参照 |  |
| 氏名： |
| 電話連絡先(任意)  (未就業者は必須) |  |
| (資格に〇をつける)  看護資格：保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師 | 訪問看護経験：1年未満・2年以上・就業予定(　　月～)  (該当に〇をつける)　　なし(就業未定) | |
| 勤務先 施設名 | | |
| 施設電話： | ＦＡＸ： | |
| 施設住所　〒　　　- | | |
| 自宅住所　〒　　　- | | |
| 研修参加動機・研修後の活動予定など記載 | | |
| 未就業の方は下記太枠内の※確認書の記載不要 (就業予定者は、就業予定施設に記載依頼してください) | | |
| ※確認書　（看護管理者相当の方が記入または〇をつけてください） | | |
| ・上記の者は、奈良県精神科訪問看護研修の応募要件（奈良県内施設勤務）を満たし、全日程出席することに同意します。  勤務施設は、「精神科訪問看護基本療養費」　　１、算定済み　　２、研修後算定予定　　３、算定未定　であることを  　　申し添えます。  施設名：  看護管理者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　職 位(名)：  　　　　同施設で複数応募の場合、受講順位を記載：　施設内受講順位（　 ）位／（　 ）名中 | | |

※会員 No.記載欄：看護協会会員の方が研修修了した場合の研修受講履歴をキャリナースに登録するためのものです。非会員の方は記載不要。

非会員の方の受講選考等における不利益は生じません。会員の方でNo.記載の無い場合、キャリナースへの履歴登録ができませんので注意ください。