令和５年度　新人訪問看護師教育研修（フォローアップ研修）

**申　　込　　書**

※１人１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 |  | | |
| ★訪問看護師としての業務に従事する中で、日頃、困っていることや悩んでいることについて、また自身が課題と感じていることについて、具体的にお書きください。 | | | | |

**令和6年2月26日（月）**までに、この用紙を下記アドレスに添付し、お申し込みください。

E-mail：[**h-support-ca@yna.or.jp**](mailto:h-support-ca@yna.or.jp)　　　　　お問い合わせ先：055－225－3035

　　　　　　※件名を「フォローアップ研修申込書：○○○○（氏名）」としてください