様式1

**令和２年度　宮崎県訪問看護教育ステーション研修申込**

ＦＡＸ申込用紙

**◆宛先：宮崎県看護協会　在宅支援室**FAX　0985-58-2939

●該当する項目・番号に〇囲みをしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 施設名 |  |
| 職位 | １．看護管理者　　　２．主任　　　　３．スタッフ |
| 実務年数 | １．看護実務年数（　　　　　年）　２．訪問看護経験（　　　　年） |
| 施設住所連絡先 | 〒　　　　　住所：TEL：（　　　　　　）　　　　-　　　　E-mail（必須）： |
| 看護師賠償責任保険等の加入 | １．加入している　　　　２．加入手続き中　　 |
| 対象事例 | １．小児・重症児　　 　 ２．難病患者 |
| 時期 | １．（　　 　　）月　　 ２．いつでも可 |
| 実習希望地 | １．県北　 ２．県央　 ３．県西※　 ４．県南※ 　５．どこでも可※「県西」と「県南」は現在調整中です。「県北」「県央」「どこでも可」から回答してください。 |
| 研修を受講しようと思った動機、実習で学びたい内容（例：人工呼吸器を装着した小児の看護について学びたい　等）をご記入ください。 |
|  |