宮崎県看護協会**スペシャリストと考える地域でつながるケアの研修会**

～県西地域で活動する救急看護、皮膚・排泄ケア、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師から～　申込書

**申込締切　令和元年8月21日（水）16時**

* FAXまたはメールでお申し込みください。

**FAX番号：0985‐58‐2939**　（申込先：宮崎県看護協会専門・認定看護師委員会事務担当）

* 本申込書の受付け後、協会からの回答を記入したこの用紙を、応募期間終了後1週間以内にFAXします。お手元に届かない場合は電話（0985-58-0640）でお問い合わせください。
* 申込書の各欄に記入、または該当する項目に○印をつけてください。
* 会員の方は、会員番号を必ずご記入ください。

申込日：　　月　　日

|  |
| --- |
| 開催日：令和元年　9月　6日（18：55～20：30　　※18：30～受付） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属施設名 | |  | | | | | | |
| 申込み責任者： | | | | | TEL： | | | |
| FAX： | | | |
| NO | 氏　名 | | 職　種 | 実務  年数 | 職　位  ※空欄の場は、スタッフと  みなします。 | 宮崎県看護協会  入会の有無 | | |
| 会員  №を記入 | 手続中 | 非会員 |
| １ |  | | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |
| ２ |  | | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |
| ３ |  | | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |
| ４ |  | | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |
| ５ |  | | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |
| ６ |  | | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |
| ７ |  | | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |
| ８ |  | | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |
| ９ |  | | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |
| 10 |  | | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ♦協会からの回答・返信欄   * 申込が定員を超えました。貴施設の申込者を（　　　）名に調整お願いします。今回やむなく参加を取り消された方のお名前に『二重線』を記入していただき、（　　/　　）までに再送してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当（　　　　　　　　　　　　） * 申込書を受け付け、受講を決定いたしました。キャンセルは、必ずお知らせ下さい。   　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　担当（　　　　　　　　　　　　）  【事前アンケート】  **県西地域の専門・認定看護師に質問！(日常の困りごと、要望などありましたら記入して下さい)** |

（専門・認定看護師委員会）