令和2年度宮崎県看護協会教育研修

**様式 9**

受付No：

（協会記入）

**訪問看護師養成コアカリキュラム　申込書**

* 申込書の各欄に正確に記入、または該当する項目に〇をつけてください。

FAXでお申込みください。申込書は、ホームページからダウンロードできます。

FAX番号：0985‐58‐2939

* 本申込書の受付後、「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で下記の担当者にお問合わせください。

* 実習では「看護職賠償責任保険」の加入が必要になります。未加入の方は、必ず受講前に加入手続きをすませてください。加入手続きが必要な方は電話でお問合せください。

（在宅支援室担当者　TEL 0985－58－4525）

申込日：令和2年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏名 |  |
| 施設名※学生の方　は学校名 | 〒 | TEL  |
| 携帯 |
| 住所 | 〒 |
| FAX　 |
| 宮崎県看護協会入会の有　無 | 1. 会員（宮崎県No：　　　　　　　　　　 ）　２.入会手続き中　　３.非会員  |
| 職種 | １．保健師　　２．助産師　　３．看護師　　４．准看護師　　５．看護学生 |
| 看護実務年数 | １．（　　　　　年　　　　ケ月　）　　　　 ２．未経験 |
| 参加希望会場 | １．宮崎会場　　　２．日向会場　　　３．都城会場 |
| 実習希望日※１・2の　いずれかを選択 | 宮崎会場 | １．8月 18日（火）　 　 ２．8月19日（水） |
| 日向会場 | １．9月　1日（火）　　 ２．9月 2日（水） |
| 都城会場 | １．９月　8日（火）　　　２．９月9日（水） |
| 看護職賠償責任保険 | １．加入　　　２．加入手続き中　　　3. 未加入　　　４．手続き希望　 |
| ♦協会からの回答・返信欄* 申込書を受け付け、受講を決定いたしました。改めて受講決定の文書を送付します。

キャンセルは、必ずお知らせ下さい。（返信欄）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　担当（　　　　　　　　） |