

## 精神障がい者訪問看護研修参加申込書

申込み〆切日: 平成30年10月31日(水) 必着

氏名	(ふりがな)	性別 男 女	年齢 歳								
会員番号 (県協会)	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										
	※右詰で記載										
	※ 非会員の方は、「非会員」と、記載してください。										
	※ 他県の会員は、日本看護協会の会員番号を記載してください。										
職種	保健師・助産師・看護師・准看護師 ※該当する資格に○をつけてください。 免許番号(准看護師の場合は、都道府県も記載) 第 号 ( 都・道・府・県知事)										
所属	設置主体										
	施設名(正式名称で、記載してください)										
	住所 〒										
	電話番号										
経験年数	訪問看護経験年数	左記のうち、訪問看護管理者の経験年数									
	年	年									
	精神科看護の経験年数(該当箇所に○をつけて、経験年数を記載してください)										
	医療機関	訪問看護	福祉施設								
	年	年	年								
		その他	年								

※ 空欄がある場合、受付ない場合があります。該当がない項目については、斜線をひいてください。

※ 決定通知が届いてから、受講料を振り込んでください。振込後、「振込終了届」をFAXしてください。

**別紙 2**

長崎県看護協会 (FAX 0957-49-8056)

**精神障がい者訪問看護研修参加申込書(公開・聴講)**

(算定要件を満たす研修としての申し込みは、別紙1を使用してください)

申込み〆切日： 平成30年10月31日(水) 必着

※ 受講料を振り込んだのち、申込書を提出してください。

NO	長崎県会員番号 (非会員は、「非会員」と記入)	(ふりがな) 氏 名	職 種	受 講 希 望 日						受講料計
				1月18日		1月19日		1月20日		
1			保・助・看・准	AM	PM	AM	PM	AM	PM	
2			保・助・看・准	AM	PM	AM	PM	AM	PM	
3			保・助・看・准	AM	PM	AM	PM	AM	PM	
4			保・助・看・准	AM	PM	AM	PM	AM	PM	
5			保・助・看・准	AM	PM	AM	PM	AM	PM	
6			保・助・看・准	AM	PM	AM	PM	AM	PM	
7			保・助・看・准	AM	PM	AM	PM	AM	PM	
8			保・助・看・准	AM	PM	AM	PM	AM	PM	
9			保・助・看・准	AM	PM	AM	PM	AM	PM	
10			保・助・看・准	AM	PM	AM	PM	AM	PM	

※受講料振込終了届

振込名義人	
振込年月日	年 月 日
振込額	合計 _____ 円

【振込先】 十八銀行 諫早駅前支店 (普) 0168069  公益社団法人 長崎県看護協会
-----------------------------------------------------------

※申込担当・問い合わせ先

担当者氏名	
所属名称	
所属住所	
所属TEL	

※ 受講料		
1日	会員	3,000円
	非会員	6,000円
半日	会員	2,000円
	非会員	4,000円
※ 受講申し込みの日数に応じて 各受講者ごとに、計算してください。		