

糖尿病重症化予防フットケア ブラッシュアップ研修 申込書

* 申込みはFAXのみとなります。

研修No.	61	開催期日	平成30年 1 月 28 日 (日) 10時~16時
-------	----	------	----------------------------

申込期間は11月1日~11月30日 * 下記に記入いただいた内容は、本研修のみの資料と致します。

氏名	(ふりがな)				性別	年齢	
							男 女
県会員番号	No.				※非会員の方は非会員と記入		
職 種	保・助・看・准 その他()			経験年数: 年	管理者経験年数: (主任以上) 年		
施 設	所属施設名(略さず正式名称でご記入ください)					病床数	
	施設住所 〒 -				TEL ()		
					FAX ()		
	所属部署(例:病棟名や【地域連携室】などの部署名 ※電話連絡時に使用)				勤務領域(例:診療科名や業務内容)		
職位 役割	職位 : (自施設での呼称)				担当役割(例:係や委員会、病棟内・院内等の 領域、専任・兼任等の役割内容)		
	その職位は以下のいずれに相当しますか、 ✓をつけて下さい。 <input type="checkbox"/> 看護部長職 <input type="checkbox"/> 看護副部長職 <input type="checkbox"/> 師長職 <input type="checkbox"/> 主任職 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> その他()				日本糖尿病療養指導士の取得 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

●糖尿病重症化予防フットケア ブラッシュアップ研修

1. 下記要件を満たしている項目にチェック☑をしてください。

- 1) 糖尿病重症化予防フットケア研修修了
- 2) 糖尿病合併症管理料算定の実績を有する

2. 今回の研修における参加動機と学習課題を簡潔に箇条書きでお書き下さい。

◇受講料振込届◇

※受講料を振込後にお申込みください。

※やむを得ず振込みが後日になる場合は、振込次第「受講料振込完了届」(P.38)を FAX 下さい。

振込名義人	法人名などは登録正式名称、個人名はカタカナで記入下さい。					
振込月日	年	月	日	〔振込先〕 十八銀行 桜町支店(普)639936 公益社団法人 長崎県看護協会 会 長 副島 都志子		
受講料	会 員	円×	人分=			円
	非会員	円×	人分=			円
合計				円		

* 空欄がある場合受け付けないこともあります。* 定員になり次第申込みを終了させていただきます。