**平成３０年度長崎県訪問看護サポートセンター研修会　受講申込書**

**受講申込書 Ⅰ**

**FAX.095-820-9240**

＊申込締切り／開催日２ヶ月前迄　※受講する研修に○を１つ付け、研修毎にお申込みください。

＊訪問看護スキルアップ研修３で見学実習を希望の方は、申込書Ⅱ「見学実習参加者用個人票」もご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **研修日** | **研修名** | |
| **１．9月9日(日)** | **スキルアップ研修２　「意思決定支援」** | **離島支部配信　　希望あり** |
| **支部名：（　　　　　　　　　）** |
| **２．9月15日(土)** | **スキルアップ研修３　「看看連携」** | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 参　加　者 | | 研修目的や講師への質問等 |
| １ | 氏名 |  |  |
| 職種 |  |
| 会員 | 会員(№　　　　　　) 非会員 |
| ２ | 氏名 |  |  |
| 職種 |  |
| 会員 | 会員(№　　　　　　) 非会員 |
| ３ | 氏名 |  |  |
| 職種 |  |
| 会員 | 会員(№　　　　　　) 非会員 |
| ４ | 氏名 |  |  |
| 職種 |  |
| 会員 | 会員(№　　　　　　) 非会員 |
| ５ | 氏名 |  |  |
| 職種 |  |
| 会員 | 会員(№　　　　　　) 非会員 |

＊申し込み多数の場合は、お手数ですがコピーしてお申込み下さい。

**申込日　平成　　　年 月 日**

|  |  |
| --- | --- |
| 施 設 名 |  |
| 申し込み者様 |  |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |