ＦＡＸ申込書

 　**FAX 025-233-7672**

 　 　 **新潟県看護協会 訪問看護推進課**

 　　　 **訪問看護師育成サポート研修 担当行**

**訪 問 看 護 師 育 成 サ ポ ー ト 研 修 申 込 書**

◆**すべての項目をご記入のうえ、ＦＡＸでお申込みください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申し込み者氏名** | (フリガナ) | **職位** |
|  |  |
| **訪問看護事業所名****（訪問看護ステーション名）** | (フリガナ) |
|  |
| 　**所在地・連絡先** | 住所〒　　 |
| TEL |
| FAX |
| **新任者・教育担当者の有無** | **新任者****有　　　　無****有の場合　　　　名****氏名（　　　　　　　　）****氏名（　　　　　　　　）** | **教育担当者****有　　　　無** |
| **研修に期待することなどが****ありましたらご記入ください** |  |

◆お申込み確認後に、こちらからご連絡をさせていただきます。