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。