**令和6年度訪問看護教育体制整備支援事業「状態変化時のシミュレーション演習」**

**申込用紙　　※受講者お1人ずつご記入ください**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 訪問看護ST  名称 |  | |
| 住所 | 〒 | |
| 連絡先 | TEL | |
| 申込者 | （　□管理者　　　□研修担当者等　） | |
| 受講者氏名 | （年齢　　　　　）□会　員　番号  □非会員 | |
| 受講する回 | □第1回R6.10.25（金）　□第2回R6.12.20（金）　□第3回R7.2.15（土） | |
| 受講者の方が  ご記入ください | 職種 | □保健師　　□看護師　　□准看護師 |
| 職位 |  |
| 現訪問看護STの  在職期間 | 年　　ヵ月 |
| 現訪問看護ST以外の就業経験 | □病　院　　　　　　　　　　　　　　　年　　ヵ月  □施設等　　　　　　　　　　　　　　　年　　ヵ月  □他の訪問看護ST　　 　　　　　　　　年　　ヵ月  □その他（　　　　　　　　　　　）　　年　　ヵ月  　　　　（　　　　　　　　　　　）　　年　　ヵ月 |
| 訪問看護に  就いた動機 |  |
| これまでのフィジカルアセスメント研修受講 | □受講したことがある  □今回初めて受講する |
| この演習の  受講動機 |  |
| 駐車場の使用 | □使用したい→場所の詳細をメールします  □使用しない |

**【申込方法】**個人情報が記載されます。ご留意ください。

**・メール**：[houmon@niigata-kango.com](mailto:houmon@niigata-kango.com)　パスワードをつけて添付してください

**・郵　送**：〒951-8133　新潟市中央区川岸町2-11

**【締　　切】第1回R6.10.25開催→R6.10.18（金）**

**第2回R6.12.20開催→R6.10.31（木）**

**第3回R7. 2.15開催→R6.12.27（金）**