**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　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）**