訪問看護ステーション運営アドバイザー事業　申込書

必要事項をご記入の上、メール添付または郵送でお申し込みください。

|  |  |
| --- | --- |
| 訪問看護ステーション名称 |  |
| ふりがな申込者氏名 |  | 職位 |  |
| 訪問看護ステーション住所 | 〒 |
| 訪問看護ステーション連絡先 | 電話 |  | e-mail |  |
| 初回実施日ご希望日時 | 第1希望 | **令和　　年　　　月　　　日（　　　　）****：　　　～　　　：** |
| 第2希望 | **令和　　年　　　月　　　日（　　　　）****：　　　～　　　：** |
| ご相談内容詳細は別途お伺いします簡単にご記入ください |  |
| **ご参考までに****お教えください** | 管理者 | 新潟県看護協会　　　　　　　　　　□会員　□非会員 |
| 訪問看護ステーション | 新潟県訪問看護ステーション協議会　□会員　□非会員 |

**【申込先】　公益社団法人新潟県看護協会　訪問看護推進課・訪問看護総合支援センター**

**e-mail：****houmon@niigata-kango.com**　**郵送：〒951-8133　新潟市中央区川岸町2-11**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 看護協会処理欄 | 訪問看護推進課 | 調整結果　実施日　第1回　　月　　日　　　～　　　　　　　　　第2回　　月　　日　　　～その他◆課内回覧　担当理事（　　　）課長（　　）職員（　　　　　） |
| 総務課宛※写しを提出する□提出済み　　/　 | 費　　用：3,520円（税込）×　　回＝合計　　　　円（税込）支払期日：　　月　　　日その他 |