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**](mailto: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 |