令和7年度　新潟県委託事業　訪問看護従事者研修会（管理編）　　　　　　　　　　書式C

**受講前アンケート**

受講前に、以下のアンケートへの回答をお願いいたします。

　ご協力くださいますようお願いいたします。看護師歴・訪問看護師歴・職位等必ずご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 年齢 |  |
| **看護師歴** | 　　　年　　　か月 | **訪問看護師歴** | 　　　　　年　　　か月 |
| 所属施設名 |  |
| **所属施設での職位・お立場** |  |

以下について、ご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 1. この研修会で学びたいこと　など
 |  |
| 1. 業務を行っていて、

不安に思うこと　疑問に思うこと　など |  |

【提出方法】　①メール　houmon@niigata-kango.com　できるだけパスワードをつけて下さい。

　　　　　　　②郵　送　〒951-8133　新潟市中央区川岸町2-11

　　　　　　　　　　　　　　　公益社団法人新潟県看護協会　訪問看護推進課

【提出締切】　4月28日（月）

　　　　　　　　　　　　　　　【お問い合せ先】　公益社団法人に新潟県看護協会　訪問看護推進課

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当：今出・小野　　電話：025-265-4188