

令和 7 年度岡山県訪問看護ステーション連絡協議会

## 受講申込書（共通）

★研修日ごと、お一人一枚記入してください★

研修日	研修No.	研修テーマ
月 日	No.	
	No.	

全ての項目にもれなく記入してください（□には✓を記入してください）

事業所名			
連絡先	TEL	FAX	
ふりがな			
氏名			
職種	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> 事務職 <input type="checkbox"/> 他 ( )	<b>経験年数</b> 職種 年 か月 訪問看護 年 か月 管理者 年 か月	

参加方法	<input type="checkbox"/> 会場	駐車場申込(有料)	車種・色 ( ) No. ( ) ※当日券売機にて駐車券を購入し車内にご提示ください。
	<input type="checkbox"/> WEB	受講決定通知 資料送付先 email (資料は要印刷)	記号(ハイフン、アンダーバー等)、数字等わかりやすくご記入ください。
		連絡先(携帯等)	

## 【注意事項】

- ※ お一人につき一枚ご使用ください。
- ※ 研修形式（集合、WEB）が研修によって異なりますので、それぞれご確認ください。
- ※ 資料代等は、会場にお越しの方は当日受付でお支払いください。WEBの方は請求書を送付しますので、2週間以内に振込をお願いします。（手数料はご負担ください）
- ※ WEB受講の場合、ケアキャビネット未加入の事業所は、別途手数料 500 円がかかります。
- ※ 締め切り後、受講についての通知は email にて送付いたします。

【申込方法】 ①Fax、または ②QRコード、いずれかの方法でお申込み下さい

① Fax : 086-238-6681 (送付状不要)

② QRコード

