

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
受講決定通知送付先メールアドレス	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。	
ふりがな		経験年数 職 種 年 月 訪問看護 年 月 管理者 年 月
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 ()	

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	資料送付先メールアドレス (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 : 0 8 6 - 2 3 8 - 6 6 8 1 (送付状不要)

② QRコード →

