|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申込書　1** | | | | | | | | | | | | | | |
| ご参加される研修会に✔して下さい。 | | | | **ワンピース研修専用申込書** |  | | 申し込み日　平成　　年　　月　　　日 | | | | | | | |
| □　**第2回　ワンピース研修会　2019年9月11日（水） 締切 8/30** | | | | | | | | | | | | | | |
| 職種 |  |  |  |  |  | |  | | |  | | 経験 | | 年数 |
| 1　医師（病院・在宅・施設）　　　2　□看護師　□准看護師（病院・施設) | | | | | | | | | | |  |  | 年 | |
| 3　訪問看護師（指定訪看ST・みなし訪問ST）　5　理学療法士　6　作業療法士 | | | | | | | | | | | |  | ヶ月 | |
| 7　言語聴覚士　8　介護支援専門員　9　学生　１０　その他（ | | | | | | | | ） | | | |  | | |
| 施設名 |  |  |  |  |  | |  | | |  | | ブロック名 | | |
|  |  |  |  |  |  | |  | | |  | |  | |  |
| 連絡先 |  | | | | |  | | |  | | |  |  | |
| TEL |  |  |  |  |  | |  | | |  | |  | |  |
| FAX |  |  |  |  |  | |  | | |  | |  | |  |
| 参加者名 | | | |  | 参加者名 | | | |  | | |  |  | |
| 参加者名 | | | |  | 参加者名 | | | |  | | |  |  | |
| 参加者名 | | | |  | 参加者名 | | | |  | | |  |  | |
| 個人情報の取り扱いについて | | | | | | | | | | | | | | |
| 研修申込書で得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送に用い、この利用目的の範囲をこえて取り扱う事はありません。 | | | | | | | | | | | | | | |
| **訪問看護ステーション　しほう　　　　　　　　　　　ホームページアドレス　　http://www.shiho-total-k.jp/** | | | | | | | | | | | | | | |
| **申込先　FAX　０６－６９７１－３３１７**  （定員になり次第締切らせて頂きます） | | | | | | | | | | | | | | |