

令和 6 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
	E-mail	
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	経験年数
	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> 事務職 <input type="checkbox"/> 他（ ）	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	当日使用機器	<input type="checkbox"/> カメラ・マイク対応可能なパソコン <input type="checkbox"/> ipad タブレット ※iphone、アンドロイドタブレット等是对应不可
		当日受講場所	<input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 他（ ）
		会議室への招待	<input type="checkbox"/> 当日使用機器がケアキャビネット加入のため不要 <input type="checkbox"/> 当日使用機器がケアキャビネット非加入のため必要(有料)
		E-mail(当日使用機器) 会議室招待先 資料送付先	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。
		事前接続確認	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要（当日使用する機器にて行います）
		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 受講の際に使用する機器がケアキャビネットに未加入でご招待が必要な場合は、手数料として別途 500 円を徴収します。

※締め切り後、受講についての通知を FAX または Email にて送付いたします。

申込・問い合わせ先 岡山県訪問看護ステーション連絡協議会 TEL 086-238-6688

FAX 086-238-6681 (送付状不要)