様式1

**【令和5年度　外来における在宅療養支援能力向上のための研修】**

＊開催日時　： e‐ラーニング：　IDを付与しますので各自で11月～12月視聴

　　　　　　　　 事前課題のまとめ：　e‐ラーニング視聴後～　提出締切　12月22日（金）

　　　　　　　　　　　集合研修：令和6年1月20日（　土　）　13：30　～　16：00

＊参加対象　：　県内の外来勤務看護職員

＊募集人数　　：　50人

＊受講料　：　5,000円（会員、非会員を問わず一律）

＊申込期限　：　令和5年10月31日（火）必着

|  |  |
| --- | --- |
| 施設Ｎｏ． | 施設名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 施設住所　：　〒　　　　　　－ | TEL　　　　　　- 　　 - FAX 　　　　　- 　 　- |

※参加申込者〖記入または該当に◯をつけてください〗

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **県会員No.** | **氏　　名** | **実務経験****年数** | **職能〔該当に○〕** |
| **保健師** | **助産師** | **看護師** | **准看護師** |
| 1 |  |  | 年 |  |  |  |  |
| 2 |  |  | 年 |  |  |  |  |
| 3 |  |  | 年 |  |  |  |  |
| 4 |  |  | 年 |  |  |  |  |
| 5 |  |  | 年 |  |  |  |  |