公益社団法人新潟県看護協会訪問看護推進課　行

令和6年度新潟県委託事業

**「訪問看護従事者研修会（スキルアップ編）」オンライン受講　申込書**

**※web申込みに加えて、当日の連絡先等の確認のために、この用紙もご提出ください。**

**締切；開催日の10日前　17:00**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | | |
| 配信を希望する  講座 | オンライン受講を希望します。  開催日；　　　　　月　　　　　　日（　　　　　）  講座名； | | | |
| 携帯電話番号 | ＊Zoomトラブル時に対応するため、お教え下さい。  　情報は、研修終了後に破棄いたします。 | | | |
| 所属施設 | 名称 |  | | |
| 住所 | 〒 | | |
| e-mail |  | | |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受信する機器 | 種類 | □スマートフォン  □職場のパソコン  □自宅のパソコン |
| メールアドレス |  |
| 急に資料送付を  する場合 | □上記のアドレスに送付してよい  □下記に送付してほしい | |

【申込方法】①メール　[houmon▲niigata-kango.com](mailto:houmon@niigata-kango.com)　できるだけパスワードをつけて下さい。

　　　　　　　　＊メールする際は、「▲」を「＠」に置き換えてご利用ください。

　　　　　　②郵送　　〒951-8133　新潟市中央区川岸町2-11

公益社団法人新潟県看護協会　訪問看護推進課

**※受講に必要なミーティングID、パスコードは研修日までに講義資料と一緒にお送りいたします。**