（かがみ文不要）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出期限：６月１６日（月）【必着】

送信先　ＦＡＸ番号　：　０５５－２２３－１４６９

山梨県福祉保健部健康長寿推進課　介護サービス振興担当 向山あて

**高齢者権利擁護等推進事業における看護指導者養成研修**

**受　講　申　込　書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 施 設 名 |  | | | | | | | | |
| 施設住所 | （〒　　　　－　　　　） | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | F A X | | |  | | |
| 担 当 者 | 職　名 | |  | 氏　　名 | | |  | | |
| 【受講希望者】 | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | 年　齢 | 歳（申込時点） | | |
| 氏　 名 | |  | | | 職　種 | 保健師 ・ 助産師 ・ 看護師  （准看護師は対象外） | | |
| 看護師  実務経験 | | 年 | | | 介護施設  実務経験 | 年 | | |
| 施設内の  役 職 | |  | | | 山梨県「看護実務者  研修」受講歴 | | | 有 ・ 無 |
| 職　位 | | 施設長　／　副施設長　／　部長、部門長　／　師長、課長、ユニット長  主任、副師長、係長、リーダー　／　一般職員、スタッフ  その他（　　　　　　　） | | | | | | |
| 日本看護協会会員状況 | | 会員（No.　　　 　　　　） ・　非会員 | | | | | | |
| 受講者  メールアドレス | | フリガナ | | | | | | |
| ＠  ※受講者自身がメールを確認できるメールアドレス | | | | | | |
| 緊急連絡先 | | 所属施設　・　その他（電話番号：　　　－　　　　－　　　　） | | | | | | |
| 自費による  受講希望（※１） | | 自費による受講可　・　自費であれば受講を希望しない  ※いずれかに○を付ける | | | | | | |

※１　受講料（50,000円）は県負担の対象者となった場合のみ県から支払われます（ただし、研修受講者の責に帰すべき事由により研修が修了できなかった場合、受講料は研修受講者の負担となります）。

県負担の対象者とならなかった場合で、自費であっても受講を希望する場合は「自費による受講可」に○を付けてください。

定員に限りがあるため、「自費による受講可」を選択しても受講決定されない場合があることをご了承ください。