令和6年度「看護補助者標準研修～看護補助体制充実加算該当パッケージ～」　受講申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名(個人会員は自宅住所) |  |
| 看護管理者 | [職位]　　　　　　　　　　[氏名]　　　　　　　　　　　　　[電話番号][メールアドレス] |

◎受講希望者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 看護補助者氏名 | 看護補助者としての経験年数 | 主として直接ケアを行っている（あてはまれば〇印） | 施設内優先順位 |
| 現在の所属施設 | 過去の所属施設 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

◎演習を自施設で行う場合は下記にご連絡ください。

　公益社団法人岩手県看護協会　教育部

　　℡　０１９-６６２－８２１３

　　メール　kensyu@iwate-kango.or.jp