

この用紙のみ送信してください  
 送信先:公益社団法人鳥取県看護協会  
 ナーシングデイ こすもす  
 FAX:0857-30-5567

**医療的ケア児等の地域生活支援を担う看護職員等養成研修関連  
 受講申込書(共通)**

※いずれかに☑を 希望する日にちに○をつけてください

- 小児医療・医療的ケア児を取り巻く現状と医療的ケア児の特徴
- 医療的ケア児と家族の在宅支援と小児看護の役割
- 小児在宅医療における多職種連携の必要性( 10/30 ・ 12/4 ・ R3.2/5 )
- 医療的ケア児に関わる看護師の役割( 11/3 ・ 11/29 )
- 小児在宅療養支援に必要な医療的ケアの知識と技術( 12/6 ・ 12/13 )
- 在宅で生きるを支える

申込日 年 月 日

ふりがな				年 齢	
氏 名				歳	
自宅	住 所	〒 -			
	電話番号	( )	-		
	FAX	( )	-		
	携 帯	- -			
※携帯は研修当日でも連絡のつく番号を記入のこと。					
勤務先	勤務先名				
	住 所	〒 -			
	電話番号	( )	-		
	FAX	( )	-		
	メールアドレス				
職 種 (いずれかに○)	看護師 ・ 介護職員 ・ 相談支援専門員 ・ その他( )				
実務年数 (年数を記入)	看護師( 年)	うち医療的ケア児に関わった年数( 年)	その他( )	( 年)	うち医療的ケア児に関わった年数( 年)
鳥取県看護協会 会員・非会員の別 (いずれかに○)	・会員 (会員番号 : ) (入会申請中の方は会員番号に申請中と記入) ・非会員				
受講希望動機 (複数回答可)	①テーマ・内容に興味がある ②講師に興味がある ③自己啓発のため ④職場の勧め ⑤その他( )				

**個人情報に関する取り扱い**

・本会の個人情報保護方針に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。  
 ・研修申込で知り得た情報は、研修会に伴う書類作成・発送、各種統計分析に用い、この利用範囲を超えて取り扱うことはいたしません。