

(FAX送信時、番号をもう一度確かめましょう!)

令和2年度 糖尿病重症化予防(フットケア) 研修会 申込書

※順位は必ずご記入ください

施設推薦順位 (※看護管理者が記入)

・空欄のないように該当事項をご記入ください。
・左記の施設推薦順位に記載のない場合は、当協会の選考になります。

※受講要件の確認および下記
必要事項を必ずご記入ください

申込日 令和 2 年 月 日

研修会No. 17 研修会名 糖尿病重症化予防(フットケア) 研修会
研修期間: 令和 2 年 7 月 14 日 ~ 7 月 16 日
北海道看護協会 支部名
フリガナ 氏名 ※看護師免許証に記載されている漢字をお書きください
2020年度 1 会員 2 手続中(会費納入 月 済・予定) 3 非会員
(生年月日: 昭和・平成 年 月 日生 歳)
会員No. 道会員No. (ゼロを含め6ケタ) JNA会員No. (ゼロを含め8ケタ)
職能 看護職の通算経験年数 年 ヶ月
相当する職位 いずれかの番号を選択し記入欄にご記入ください。
1 看護部長(総師長)職 2 副看護部長(副総師長)職 3 師長職 4 副師長・主任職(副主任含む)
5 スタッフ 6 養成所・学校の教員 7 訪問看護ステーション所長 8 その他
フリガナ 勤務先 (TEL - -)

以下は、勤務先に通知文送付の方は記入不要です。

通知文送付先 (個人会員または離職中の方)
自宅送付
平日、日中の連絡先 ()
TEL (- -)
送付先住所 〒 -

当該研修会をお申込みいただく場合は、以下の要件を全て満たしていることが必要です。

- 1.所属施設が糖尿病合併症管理料を算定するための要件のうち、本研修会を受講すること以外の要件が整っている施設である
2.糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有し、研修終了後、その業務に携わる予定の保健師・助産師・看護師である
3.全日程(3日間)を受講できる
4.糖尿病足病変に関する療養指導業務に従事した経験年数をご記入ください(経験5年以上)

Table with 4 rows for experience calculation and a total row. Columns: Year, Month, (Count), Year, Month, Total Year, Total Month (5 years or more).

※受講要件について、内容をご確認のうえ、以下レ印でチェックをしてください。

□ 上記の受講要件を全て満たしています。

【看護部門責任者の推薦】 ※上記の者は研修を受ける要件を満たしていることを確認したので推薦します。

推薦者: 氏名(自署)

職位

個人情報の取り扱い

研修会申込書で得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送のほか、研修受講履歴を会員専用ページ「キャリアース」で会員本人が参照できるよう、会員情報管理体制ナースシフへ連携するために利用します。