

# ワーキング「特定行為研修修了者による意見交換」参加申込書

\* 必要事項をご記入の上、FAX (03-5778-7009) 送信してください。

**[お申込者様の情報]**

記入日 年 月 日

ふりがな 氏名	ブロック名	
	会員 No.	
主な連絡先	電話番号： / 携帯電話：	
	e-mail：	
認定資格	<input type="checkbox"/> 日本訪問看護財団	<input type="checkbox"/> 兵庫県看護協会
	<input type="checkbox"/> 聖路加国際大学	<input type="checkbox"/> 愛知県看護協会
	<input type="checkbox"/> 大分県立看護科学大学	
	(認定取得年度： 年度取得)	
	(訪問看護経験年数： 年)	
特定行為研修	特定行為区分：	
		(修了年度： 年度修了)
現在の 業務内容		
* 特定行為研修を受講して感じたこと、現在の思い、課題などをご自由にご記入ください		

**[ご所属先の情報]**

所属先	(代表者・管理者： )
所属先住所	〒 - 都・道・府・県

↓ 次ページもご記入ください

**[ワーキング出席・協力確認]**

ワーキング活動期間は2020年3月末までとし、下記日程のとおり2回の会議を予定しております。出席の可否につきまして、○を付けてご回答ください。

第1回：2020年1月11日（土） 13：00～16：00（終了予定）	出席可能 ・ 出席不可
第2回：2020年2月9日（日） 10：30～12：00（終了予定）	出席可能 ・ 出席不可
両日出席不可能だが、アンケートや情報提供などはできる	協力可能 ・ 不可能

※ご出席にあたりまして協議会活動規程にのっとり、会議謝金・旅費交通費（交通費・宿泊費）のお支払いをさせていただきます

※特定行為区分の確認のため、当日は特定行為研修修了証のコピーをお持ちください。

**[依頼書伺い]** ワーキング出席の方は依頼状を発行致しますので、必ずご記入ください。

発行先 (どちらかに○)	1.本人のみ（あて先はお申込者様の情報のとおり） ・ 2.所属先にも必要(以下ご記入ください)
あて先	派遣元名称：  役職：  ご氏名：
送付先住所	〒 - 都・道・府・県



<お問い合わせ先>

一般社団法人 日本訪問看護認定看護師協議会 事務局

Tel:03-5778-7008 Fax:03-5778-7009 e-mail: [kyogikai@jvnf.or.jp](mailto:kyogikai@jvnf.or.jp)

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2 日本看護協会ビル 5F