

「外来における在宅療養支援能力向上のための研修」  
受講者用申込書

※申込期間 令和 6年 9月20日（金）～10月21日（月）

|                |  |
|----------------|--|
| 研修会名           | 外来における在宅療養支援能力向上のための研修<br>(e-ラーニング講義個人受講+演習) |
| JNAe-ラーニング受講期間 | 令和6年11月11日（月）～ 令和7年 1月10日（金）                 |
| 演習日時           | 令和 7年 2月 8日（土） 13：30～16：00                   |
| 勤務先            |  |
| 連絡先            | ( ) —  |
| 申込責任者名         |  |

注) ①氏名は正式な漢字でご記入ください。(修了証発行予定)

②入力漏れの無いようご確認ください。(県会員番号は、記入必須)

③職位及び役割については、さしつかえなければご記入下さい。

④個人のメールアドレスを必ず入力して下さい。(e-ラーニング用IDを送付します。)

| No | 佐賀県会員番号 (6桁) | 入会状況 | ふりがな<br>氏 名 | 職 種 | 職位及び役割 |
|----|--------------|------|-------------|-----|--------|
| 1  |              |      |             |     |        |
|    | *メールアドレス     |      |             |     |        |
| 2  |              |      |             |     |        |
|    | *メールアドレス     |      |             |     |        |
| 3  |              |      |             |     |        |
|    | *メールアドレス     |      |             |     |        |

申込先 (メールまたはFAXにてお申込みください)

メールアドレス：mousikomi@saga-nurse.org

FAX：0952-68-3603

● 問い合わせ先

公益社団法人佐賀県看護協会

担当：常務理事 前川