　　　　　　　　　　　　　　　　　【**様式５**】

**精神科訪問看護基本療養費算定要件研修　申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | |
| 氏　　名 |  | |
| 連 絡 先 | 住所  〒  電話番号（　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 職　 種 | □保健師  □看護師  □准看護師 | 実務経験　　　　　　　　年 |
| 入会の有無 | □会員 (No. 　　　　　　)　□入会手続き中　　□非会員 | |
| 所属施設名  所　在　地 | 名称  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　〒  電話番号（　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 公益社団法人　沖縄県看護協会 | | |