

平成 29 年度 精神科訪問看護基本療養費算定要件研修会 申込書

太枠内を記入漏れのないように記載してください。記入漏れがある場合、受理できません。

氏名	フリガナ		性別	年齢	資格（該当に○）	
			女 ・ 男	才	1 保健師 2 助産師 3 看護師 4 准看護師	
看護職歴	トータル	年	訪問看護の経験	有	年	<input type="checkbox"/> 無
法人名						
ステーション・病院名						
住所	〒					
TEL			FAX			
上記以外の場所に 参加券・払込取扱票の 郵送を希望する場合	〒					
平成 29 年度 会員・非会員 必ず ご記入 ください	<input type="checkbox"/> 一般社団法人日本精神科看護協会 会員 会員番号 6 桁					<input type="checkbox"/> 非会員
	<input type="checkbox"/> 公益社団法人東京都看護協会 会員 会員番号 6 桁					<input type="checkbox"/> 非会員
	<input type="checkbox"/> 東京訪問看護ステーション協議会 会員 会員番号 13 桁					<input type="checkbox"/> 非会員

会員番号の記入がない場合、会員確認ができないため、非会員価格となります。

[各団体入会手続きをされる方] 会員手続き後、入金確認に約 2 週間かかります。

4 月 1 日時点で平成 29 年度会員申込手続き確認ができない場合は非会員価格となります。

公益社団法人東京都看護協会のウェブサイトから申込書、事例レポート書式のダウンロードができます。

東京都看護協会

検索