

送付先(FAX): 0263-34-0311 又は郵送 (4/14 必着) (申込日 月 日)

I 全員記入

所属施設名		TEL			
		FAX			
施設住所 (個人申込の場合は自宅住所と TELを記入)	〒 ー				
フリガナ		長野県看護協会	会 員	非会員	
氏 名		会員番号(6ケ)			
受講する集合研修No.					
訪問看護eラーニング受講	1 希望する →II III を記入	2 希望しない →記入は以上です。	3 修了している (西暦 年 月) →III を記入		

II

自宅住所 (振込用紙は自宅へ郵送となります)	受講IDパスワード連絡用 メールアドレス (@netlearning.co.jp と @nursen.or.jp からのメール を受信可能に設定して下さい)	本人日中連絡先 (携帯電話可)	職 種 (いずれかに○)
〒 ー			保・助・看・准

III

訪問看護人材養成基礎 カリキュラム修了実習 (eラーニング修了後)	1 希望する →IV を記入	2 希望しない →記入は以上です。
---	-------------------	----------------------

IV

実習用保険加入の種類 ※看護職賠償責任保険加入の有無 について、ご自身の勤務先に必 ず確認の上、記載してください。	1 基本補償(Will)のみ (看護職賠償責任保険へ既に加入して いる方)	2 基本補償(Will) + 追加補償(e-kango) (看護職賠償責任保険未加入者)
--	---	--

※訪問看護eラーニングと実習を希望の場合は、指定期日までに受講料・保険料をお振込みください。
振込用紙は自宅へ郵送します。期日内に納入されなかった場合は、当該eラーニングと実習は受講
できません。集合研修のみの受講となります。なお、納入された費用は、返金できません。