

# 看護師（・精神保健福祉士）のためのストレスチェック実施者養成研修会

看護師（・精神保健福祉士）が、ストレスチェック実施者となるための基礎知識を学ぶ

- 1 受講手続：講習受講の受付は、申込用紙に必要事項をご記入の上、郵送 又は F A Xにてお送り下さい。  
「受講案内・受講票・会場案内図」をお送りしますので、到着後、下記振込先へご入金下さい。  
振込先：郵便振込 記号12120 番号72870161 ※振込手数料は、各自ご負担下さい。  
振込先名 特定非営利活動法人 地域生活支援ネットワーク ケアサポート  
受講費用：12,000円（テキスト 資料代 含む）
- 2 ご受講に際してのお願い
  - ① 看護師・精神保健福祉士の免許証、登録証のコピー（A4サイズに縮小したもの）を当日の受け付けでご提出下さい。（看護師・精神保健福祉士・保健師 資格取得予定の方は、別途、ご連絡下さい。）
  - ② 労働者の健康管理の科目免除を希望する方は、別途、ご連絡下さい。お申し込み時に、衛生管理者免許証のコピーを郵送 又は F A Xにてお送り下さい。
  - ③ 法定研修のため、遅刻や途中退出は認められません。遅刻、途中退出された場合、研修を修了したことを証明する修了証書を発行できません。

施設名：

TEL

所在地：〒

FAX

とりまとめ代表者名： 【受講票送付ご希望先 施設・個人】 / 【所有資格】 に○を付けて下さい

氏名	自宅住所電話番号	勤務先名	勤務先住所電話番号	受講希望地区・開催日
	〒		〒	[看護師／精神保健福祉士／保健師]
	〒		〒	[看護師／精神保健福祉士／保健師]
	〒		〒	[看護師／精神保健福祉士／保健師]
	〒		〒	[看護師／精神保健福祉士／保健師]

- ・ 上記の記載内容にしたがって受講票等を発送いたしますので、ご住所・お名前等の必要事項は楷書でご記入ください、また複数の日程で開講する地区がありますので、受講希望地区欄には開催日まで必ずご記入ください。
- ・ 法令に基づく開示請求があった場合を除き、当法人が受講者の承諾なしにその個人情報を第三者に開示、提供することはありません。

4. お問い合わせとお申し込み先 （お申込は 郵送又はF A X にてお願い致します）  
NPO法人 地域生活支援ネットワーク ケアサポート ストレスチェック 講習会 事務局  
〒488-0064 愛知県尾張旭市北原山町鳴湫1751番6  
TEL 0561（55）3305 / FAX 0561（52）3921