**2019年度 『訪問看護基礎研修』　受講申込書**

申 込 日　 2019年 　　月 　　日

**＊□枠は，該当する項目にレ印をつけてください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 看護協会 | [会員区分]　 □会員　 　□非会員 |  |
| ふりがな |  | 性　別□男　□女 | 生年月日　　　　　(年齢は4月1日現在)( 昭・平 )　　 年　　月　　日　(　 歳) |
| 氏　　名 |  |
| 所　 　属（就業先） | 施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地：〒 　 －　 　 | 施設TEL：　　　 　－　　　－施設FAX：　　　　 －　　　－ |
| 自宅TEL： －　　　－携帯電話番号： －　　　－ |
| 取得免許　 | □保健師　　□助産師　　□看護師　　□准看護師 | **介護支援専門員資格**：□有　　□無 |
| 職種別　　　　看　　護　経験年数　 | ＊免許取得後の看護実務経験年数（保　　　　年，助　　　　年，看　　　　　年，准　　　　年）　　　　　　　＊訪問看護実務経験　：□有　　□無　　　　　　経験年数（　　　　年　　　ヵ月）　　　 |
| 現在の就業状況など | **＊就業中（内定含む）の方** | **＊未就業の方** |
| □病　　院　　　　　　（□病棟　□外来　□地域連携室　□訪問関係）□診療所・クリニック （□病棟　□外来　□地域連携室　□訪問関係）□**訪問看護ステーション**　　就業年月　　年　　月～現在□福祉施設（　　　　　　　　　　）□介護施設（　　　　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　 ） | 未就業期間　　　　年　　　ヵ月(退職年月日　 年　　月) |
| ①現在の職位：□管理者　□看護師長　□副看護師長・主任　□スタッフ |
| ④看護職賠償責任保険加入の有無：　□加入　　□未加入 |
| ◆下記についてご記入ください |
| **1)受講動機・課題について** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **2)実習目標について（申込後に確認致します）** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

※記載された個人の情報は，研修会の以下の目的で使用します。

（1）受講生名簿　（2）緊急連絡網　（3）研修会案内の送付　（4）統計　（5）保険の手続き〈必要時〉など