**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