**2019年度 『訪問看護師養成研修』　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。**

**【□養成研修 　□2019年度看護協会経由『訪問看護eラーニング』活用 】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 看護協会　 | [会員区分]　　□会員　　　□非会員 | 日本訪問看護振興財団『平成**30**年度訪問看護eラーニング』　 | □終 了 　□未修了  |
| 会員番号 |  |  |  |  |  |  |
| ふ り が な氏　　名 |  | 性　別□男　□女 | 生年月日　　　　　(年齢は4月1日現在)( 昭・平 )　　 年　　月　　日(　 歳)　 |
|  |
| 自宅住所 | 〒　　　 －　　　　　 | 自宅TEL： －　　　－携帯電話番号： 　 －　　　－Mail（PC／携帯）： |
| 所　　属（就業先） | 施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地：〒 　 －　 　 | TEL：　　　　　－　　　　－FAX：　　　　　－　　　　－ |
| 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** |
| ①訪問看護ステーション |
|  |
|  |
| ②地域包括支援センター |
|  |
|  |
| ③グループホーム |
|  |
|  |
| 3)実習施設の希望の有無について：□有　　□無　　　＊実習施設希望がある場合は施設名を下記にお書きください(参考に致します) |
| ①訪問看護ステーション（　　　　　　 　　）(　　　　　 　）　 ②グループホーム（　　　　　　　　　）　　 |

※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