**令和2年度『訪問看護eラーニング』活用 研修　受講申込書**

申 込 日　 令和2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 |  |
| 会員番号 |  |  |  |  |  |  |
| ふ り が な氏　　名 |  | 　年齢：(　 　　　　 歳)　(年齢は4月1日現在) |
|  |
| 自宅住所 | 〒　　　 　 　　－　　　　　　　 | 連絡可能な電話番号：　　　　　　－　　　　　－ **Mail(必須)** 　  |
| 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**　　　　　　　　　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 |
| ②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** |
| 【動機】 |
| 　 |
|  |
| 【課題】 |
|  |
|  |
| **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　：　希望　□有　　□無**　　＊実習施設希望がある場合は施設名と希望理由について（(参考に致します) |
| (1)訪問看護ステーション（①　　　　　　　　　　　　　　：その理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| (2)訪問看護ステーション（①　　　　　　　　　　　　　　：その理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| (3)グループホーム ( ：その理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

※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