**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