**平成29年度訪問看護研修会　受講申込書**

申 込 日　 平成29年 　　月 　　日

**＊□枠は，該当するものにレ印をつけてください。**

**研修会名【□訪問看護入門研修　　□訪問看護師養成研修　　□訪問看護管理者研修】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 看護協会 | 会員区分　□会員　　□非会員 | | | | | | 日本訪問看護振興財団  訪問看護eラーニング受講 | | □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) | | |
|  | | | | | |
| 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）  □診療所・クリニック　（□病棟　　□外来　　□地域連携室）  □訪問看護ステーション　就業年月　　年　　月～現在  □福祉施設  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | 未就業期間  　　　　年　　　ヵ月  （退職年月日　　年　　月） |
| 職位について：□管理者　　□看護師長　　□副看護師長・主任  現在の役職経験年数：　　　　年　　　ヵ月 | | | | | | | | |
| 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)受講動機について | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 2)課題について | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **＊現在，未就業の方へ**  　訪問看護研修後の就業の有無意向：**□有**（□訪問看護　　□訪問看護以外）　　**□無** | | | | | | | | | | |

※記載された個人の情報は，講習会採否に使用します。但し，受講が決定した場合は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