

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☑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 <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 未修了
会員番号			
ふりがな 氏名		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師		介護支援専門員資格: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 経験年数 (年 カ月)		
現在の 就業状況 など	就業中 (内定含む) の方		未就業の方
	<input type="checkbox"/> 病院 (<input type="checkbox"/> 病棟 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 地域連携室) <input type="checkbox"/> 診療所・クリニック (<input type="checkbox"/> 病棟 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 地域連携室) <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション 就業年月 年 月～現在 <input type="checkbox"/> 福祉施設 <input type="checkbox"/> その他 ()		未就業期間 年 月 日 ~ 年 月 日 (退職年月日 年 月)
	職位について: <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 看護師長 <input type="checkbox"/> 副看護師長・主任 現在の役職経験年数: 年 カ月		
	看護職賠償責任保険加入の有無 <input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問看護以外) <input type="checkbox"/> 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