**令和元年度**

 **『訪問看護ステーション新任看護管理者研修』　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 |  | 性　別□男　□女 | 年　　　　齢：　以下から選び、〇をして下さい。**１**．10代　　　**２**．20代　　 **３**．30代　**４**．40代　　　**５**．50代　　　**６**．60代以上 |
| 氏　　名 |  |
| 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）　　＊訪問看護ステーション管理者経験：□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** |
| □**訪問看護ステーション**　　就業年月　　年　　月～現在□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　□主任　□副主任　□スタッフ　その他（　　　） |
| 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)実習施設について** |
| ＊要項でお示ししましたように1日実習があります。希望される実習施設２つとその理由を書いて下さい。　 |
| 　①施設（　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　　理由： |
| 　②施設（　　　　　　　　　　） |
| 　　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