**令和元年度　訪問看護新任者研修受講申込書**

様式1

　　公益社団法人　山口県看護協会

※ 該当する項目を○で囲み、空欄には記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | 生年月日  昭和・平成　　年　　月　　日（　　　歳） | | | | | | 男・女 |
| 氏　名 |  | | | |
| 保有免許に○印  保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師 | | | | | | |
| 免許取得後の  看護経験年数 | | 保健師  　　　　　　年 | | 助産師  　　　　　　年 | | 看護師  　　　　　　年 | 准看護師  年 | | | **※合計**  **年** | |
| 訪問看護の経験 | | 訪問看護の経験（　　　　　年　　　　　ヶ月） | | | | | | | | | |
| 訪問看護以外の  看護経験 | | 施設：病院・診療所・その他（　　　　　　　　　）経験：（　　　　年　　　ヶ月） | | | | | | | | | |
| 看護協会の入会状況 | | ① 会員（会員№　　　　　　　　　　　）　② 非会員 | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | |
| 勤務先 | 名称 | |  | | | | | 職位 |  | | |
| 所在地 | | 〒 | | | | | | | | |
| TEL（　　　　　）　　－　　　　　　FAX（　　　　　）　　－  メールアドレス： | | | | | | | | | | |

訪問看護師として就業して、困っていること、悩んでいること、理解できないこと等あればご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 受講の動機 |  |

※本研修は訪問看護師として入職して、3年未満の看護職が対象です。（みなしを含む）

※本研修申し込みに際して得た個人情報は、書類発送、学習ニーズや研修評価に伴う調査依頼、研修案内等研修開催にかかることに用い、この範囲を超えて個人情報を取り扱うことをいたしません。もしこの範囲をこえる場合には、本人の同意を得たうえで取り扱います。