**令和元年度　訪問看護入門研修受講申込書**

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 |  |
| 現在就業に使用している免許に○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** |
| 看護協会入会状況 | ① 会員（会員№　　　　　　　　　　　）　② 非会員 |
| 訪問看護の経験 | ① なし　　　　　　 ②　あり（　　　　　年前に　　　　　年　　　　　ヵ月） |
|  |  |
| 勤務先※未就業者は自宅を記入 | 名称 |  | 職位 |  |
| 所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　 |
| 　　　TEL（　　　　　）　　－　　　　　　FAX（　　　　　）　　－　　　　　 |
| 病棟 ・　外来　・　地域連携室　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 緊急連絡先※ 必ずご記入ください!! | 　TEL（　　　　　）　　－　　　　　　FAX（　　　　　）　　－　　　 |
| 実習（同行実習）希望日 | 第3希望日までご記入ください① 　月　　日（　　）　②　　月　　日（　　）　③　　月　　日（　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 受　講　の　動　機 |  |

※本研修は訪問看護の未経験者が対象です。

※同行実習については、受講決定後に事務局で調整させていただきます。

※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。