**令和5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） | | | | | | | | | | |
| 保険の加入 | | ①　あり（加入保険の種類　　　　　　　　　　　）②　なし | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | |
| 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（　　　　　）　　－ | | | | | | | | |
| 実習希望の有・無 | | | | 1.希望する（訪問看護未就業者）  2.希望する（現在訪問看護就業中）  3.希望しない（集合研修受講） | | | | | | | | |
| ※上記1.2と答えた方  実習（同行実習）希望日 | | | | 令和6年2月6日～2月27日で希望される日（平日）を第3希望日までご記入ください  ① 　2月　　日（　　）　②　　2月　　日（　　）　③　　2月　　日（　　） | | | | | | | | |

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

※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。