

山口県訪問看護総合支援センター行 (FAX:0835-28-0820 E-mail:y-houmon@y-kango.or.jp)

## 令和 7 年度訪問看護入門研修受講申込書

記載日：令和 7 年 月 日

|       |                                                                                                          |           |                   |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------|
| 氏 名   | ふりがな                                                                                                     | 生年月日      | (西暦) 年 月 日 ( 歳)   |
|       |                                                                                                          | 取得免許      | 保健師・助産師・看護師・准看護師  |
| 看護協会  | <input type="checkbox"/> 会 員 (会員 No )<br><input type="checkbox"/> 入会手続き中<br><input type="checkbox"/> 非会員 | 看護職賠償責任保険 | 加入 (保証期間 )<br>加入無 |
| 緊急連絡先 |                                                                                                          |           |                   |
| E メール | @                                                                                                        |           |                   |
| 実務経験  | 看護職としての経験年数 ( 年 ヶ月)                                                                                      |           |                   |

|                                      |             |             |  |
|--------------------------------------|-------------|-------------|--|
| 勤務先<br>(未就業の方は<br>ご自宅住所をご<br>記入ください) | 名 称         |             |  |
|                                      | 所 在 地       | 〒           |  |
|                                      | TEL : ( ) - | FAX : ( ) - |  |
| E-mail :                             |             | @           |  |

|                              |                                  |
|------------------------------|----------------------------------|
| 現在の<br>就業状況<br>(○印また<br>は記入) | ①病院・診療所 [ 外来勤務 病棟 地域連携室 その他( ) ] |
|                              | ②その他 ( )                         |
|                              | ③未就業                             |

受講の目的や動機についてご記入ください。

○訪問看護ステーション実習 (同行訪問)

学びたいことについてご記入ください。

実習希望施設、地域等、実習についてご要望がありましたらご記入ください。