

訪問看護師育成研修 参加申込書

*参加するプログラムに○を記入してください

*見学実習の参加を希望される方は2日間の講義受講が必須となります

*応募者多数の場合は施設毎に調整させて頂く場合がございます。(連絡がない場合は受講可と致します。)

FAX 0957-49-8056 6月6日(月) 必着

優先	参加者氏名	会員 非会員	職種・職位等	7月16日 講義参加	7月17日 講義参加	見学実習 参加
1	(フリガナ)	会員 非会員				
2	(フリガナ)	会員 非会員				
3	(フリガナ)	会員 非会員				
4	(フリガナ)	会員 非会員				
5	(フリガナ)	会員 非会員				
6	(フリガナ)	会員 非会員				
7	(フリガナ)	会員 非会員				
8	(フリガナ)	会員 非会員				
9	(フリガナ)	会員 非会員				
10	(フリガナ)	会員 非会員				

※申込者多数の場合は本申込書をコピーしてご利用ください。

上記のとおり申し込みます。

平成 年 月 日

施設名 _____

住所 _____

電話番号 _____

施設代表者名

(または個人会員名) _____

訪問看護入門研修 参加申込 【見学実習参加者用個人票】

1	氏名 _____ 年齢 (_____ 歳) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
	住所 _____ 電話番号 _____ - _____ - _____			
2	就業状況 ① (_____) 未就業 ② (_____) 就業 *現在就業されている方は勤務先についてもご記入ください 勤務先 施設名 _____ 住 所 _____ 電話番号 _____ 所 属 _____			
3	免許の種類と経験年数 (_____) 保健師 _____ 年 (_____) 看護師 _____ 年 (_____) 助産師 _____ 年 (_____) 准看護師 _____ 年 *訪問看護師の経験がある方 _____ 年 _____ ヶ月			
4	職位 _____ 職位年数 (_____ 年)			
5	訪問看護師に関連する研修 受講の有無 (_____) 有 / (_____) 無 *受講有の場合は、 研修名 と 受講年 をご記入下さい			
6	長崎県看護協会会員の方 会員番号	NO		
7	今回の研修受講動機			
8	見学実習に対するご希望曜日、地域など (*ご希望に添えない場合もありますことご了承ください)			

※申込者多数の場合は本票をコピーしてご利用ください。

長崎県看護協会総務部宛 郵送または FAX でお申込み下さい。

住所 : 〒854-0072 長崎県諫早市永昌町23-6 FAX : 0957-49-8056

申し込み締切:平成 28 年6月6日(月) * 郵送の場合は必着