訪問看護サポートセンター申込書Ⅱ

**長崎県訪問看護サポートセンター　訪問看護入門研修見学実習**

**Email:****nurse-net@nagasaki-nurse.or.jp****FAX：0957-49－8056**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　年齢（　　歳）　　男　・　女住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　－　　　　－　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ　　　　　　　　　　　　　　　　※日程調整のご連絡をさせて頂きます。nurse-net@nagasaki-nurse.or.jpからのメールを受信できるようにして下さい。 |
| 2 | 就業状況（現状に○）①（　　）未就業　【 看護学生・未就業看護職・その他（　　　　　　　　） 】②（　　）就　業　【 管理者・スタッフ 】勤務先等 ： 施設名　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　 　所　　属　　　　　　　　　 　ＴＥＬ 　-　　 　- 　 　  |
| 3 | 今回の研修受講動機 |
| 4 | 実習内容に対するご希望・日程・地域など（※ご希望に添えない場合もあります事ご了承下さい） |

**＊申込締切り／開催日1ヶ月前迄**