

受講申込書 令和3年度 長崎県訪問看護師養成講習会（eラーニング活用）

| | | | | | | | | |
|----------------------|----------------|--------------------------------|----------|------------------|-------|-----|---|---|
| フリガナ | | 男 女 | 生年月日（西暦） | | 申込日 | | | |
| 氏名 | | | 年 | 月 | 日生（歳） | 月 日 | | |
| 自宅現住所 | | 〒 - | | | | | | |
| | | TEL: - - | | 携帯: - - | | | | |
| E-mail アドレス (必須)* | | フリガナ | | | | | | |
| | | @ | | | | | | |
| 施設に関する こと | 施設名 | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 - TEL - - FAX: - - | | | | | | |
| 個人に関する こと | 職種 | 1. 保健師 2. 助産師 3. 看護師 4. 准看護師 | | | 経験年数 | 年 | | |
| | 職位 | 1. 管理者 2. 主任 3. スタッフ 4. その他() | | | | | | |
| | 看護 職歴 | 施設名 | | 就業期間 | | | | |
| | | | | 年 | 月 | ～ | 年 | 月 |
| | | | | 年 | 月 | ～ | 年 | 月 |
| | 訪問 看護 職歴 | 施設名 | | 就業期間 | | | | |
| | | | | 年 | 月 | ～ | 年 | 月 |
| | | | | 年 | 月 | ～ | 年 | 月 |
| 訪問看護師としての経験年数 | | 1. 有り (年) | | 2. 無し | | | | |
| 学習環境のチェック：体験版の視聴確認 | | できた () | | ← (※必須) “○” をつける | | | | |
| 自施設の訪問看護ステーションでの実習 | | できる () | | | | | | |
| 受講動機 | | | | | | | | |
| 目標 | | | | | | | | |

* 記入漏れがないことを確認ください。また、Eメールアドレスの記入、学習環境のチェックがないと受講ができません。
 ※ 公益社団法人 長崎県看護協会は、本講習会に提供いただく個人情報に関して、個人情報保護法を遵守し、下記の通り適切に利用し、管理いたします。

上記個人情報の利用目的

1. 本講習会の運営（修了証書の作成など）