**受講申込書**　　令和6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)  　　 　年　 　月　 　日生（　　　歳） | | | 申込日  　　月　 　日 |
| 氏　　名 | | |  | |
| 自宅現住所 | | | 〒　　　　- | | | | | | |
| TEL：　　　　　-　　　　　　-　　　　　　　携帯：　　　　-　　　　　　- | | | | | | |
| **E-mailアドレス**  **(必須)※** | | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | |
| ＠  ※今後このアドレスに連絡します。できるだけパソコンのアドレスを記入ください。 | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| 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 | | |
| 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（訪問看護財団へのeラーニング申込、修了証書の作成など）