**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）