

「訪問看護eラーニング」を活用した訪問看護師養成講習会 申込書

- ・記入欄には正確に記載し、該当するものに✓印をつけてください。
- ・年齢・実務年数は2024年4月1日を基準に記入してください。
- ・受講決定通知は所属施設あてに送付いたします。

(申込年月日)

西暦 年 月 日

ふりがな				生年月日
氏名				西暦 年 月 日 (歳)
会員状況	<input type="checkbox"/> 会員 (No.)	<input type="checkbox"/> 非会員	<input type="checkbox"/> 入会手続き中	
保有資格	<input type="checkbox"/> 保健師	<input type="checkbox"/> 助産師	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員
自宅住所	〒			
	携帯TEL			
メールアドレス	※パソコンからのメールが受信できるアドレスに限ります			
施設名		所属	例) 外科病棟、内科外来	
施設住所	〒	TEL	(内線)	
所属事業所	<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 医療機関の訪問看護 <input type="checkbox"/> 診療所(外来・病棟) <input type="checkbox"/> 病院(外来・病棟) <input type="checkbox"/> 教育機関 <input type="checkbox"/> 行政機関 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 離職中			
経験年数	看護職実務経験 年 ヶ月 ※訪問看護経験年数を含みます			
	訪問看護経験 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (年 ヶ月)			
職歴	勤務期間	勤務先・所属部署・職位		雇用形態
	(現職)			<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤
				<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤
確認事項	日本訪問看護財団ホームページ上の「訪問看護eラーニング～訪問看護の基礎講座」体験版が問題なく視聴でき、テスト送信ができることを確認してください。			
	<input type="checkbox"/> 「体験版」を確認しました			

【問合せ先】 富山県ナースセンター TEL 076-433-5251 / FAX 076-433-5281

個人情報の取り扱い： 本研修申込みで得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送に用いこの利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。