

令和3年度 訪問看護師養成研修会受講申込書

申し込み日：令和3年 月 日

※該当する項目の□にチェック(☑)を入れてください。

フリガナ氏名				協会員 <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員	職種 <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准
住所	〒		アドレス (半角英数)	*使用するパソコンのアドレス	
電話番号	自宅： 携帯：		生年月日	西暦 年 月 日 (歳)	
職場名				電話番号	
職場住所	〒				
職歴 (現職の就職年月日 も記載)	施設名	就職年月日	退職年月日	勤務期間	経験科目(下記コード※)
				年 月	
				年 月	
				年 月	
看護職	総勤務年数 : 年 月		最後に退職した日からの離職期間 年 月		
介護支援専門員資格の有無: <input type="checkbox"/> 有 資格取得年 年 <input type="checkbox"/> 無					
研修受講後に訪問看護師として働く意志の有無: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 既に勤務している					
研修会参加にあたっての学習課題(優先度の高いものから、3項目箇条書きでお書き下さい)					
※【経験科目コード】 1. 内科 2. 心療内科 3. 精神科 4. 神経科 5. 神経内科 6. 呼吸器内科 7. 消化器内科 8. 胃腸科 9. 循環器科 10. アレルギー科 11. リウマチ科 12. 小児科 13. 外科 14. 整形外科 15. 形成外科 16. 美容外科 17. 脳神経外科 18. 呼吸器外科 19. 心臓血管外科 20. 小児外科 21. 皮膚科 22. 泌尿器科 23. 性病科 24. 肛門科 25. 産科 26. 婦人科 27. 眼科 28. 耳鼻咽喉科 29. 気管食道科 30. リハビリテーション科 31. 放射線科 32. 歯科 33. 手術室 34. ICU 35. CCU 36. NICU 37. 救命救急 38. 検診 39. 人工透析 40. 人間ドッグ 41. 訪問看護 42. ホスピス 43. 健康管理 44. 看護管理 99. その他					

※本会の個人情報保護方針および規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。本会研修申し込みの際に得た個人情報は、研修会申し込みに伴う書類発送、eラーニングおよび看護職賠償責任保険加入申し込み、学習ニーズや研修評価に伴う調査依頼、研修案内に用い、この利用目的の範囲を超えて、個人情報を取り扱うことはいたしません。もし、この範囲を超える場合には、本人の同意を得た上で取り扱います。

申し込み締切：5月6日(木)必着