**令和５年度　訪問看護師養成研修会受講申込書**

申し込み日：令和５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 ｶﾞ ﾅ氏　　名 |  | 協会員 |  | 職　種 |  |
|  |
| 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 ｹ月 |  |
|  |  |  | 年 ｹ月 |  |
|  |  |  | 年 ｹ月 |  |
|  |  |  | 年 ｹ月 |  |
| 看護職 | 総勤務年数　：　　　　年　　　　ｹ月　　　　　　　 | 最後に退職した日からの離職期間　　　　　　　　　　　　年　　　　ｹ月 |
|  介護支援専門員資格の有無： |  | 資格取得年　　　　　　年 | 　　 |
|  研修受講後に訪問看護師として働く意志の有無：  | 　　　　 |
| 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。本会研修申し込みに際して得た個人情報は、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。

**申込締切日：５月２２日（月）※ 必着**