

令和6年度 訪問看護師養成研修会 受講申込書

記入日: 令和 年 月 日

※該当する項目の□にチェック☑を入れてください。空欄に記入してください。

フリガナ		*協会加入 <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 *免許番号 ()	
氏名					
自宅住所	〒		*パソコンのアドレス(半角英数)		
電話番号	*自宅 *携帯		生年 月日	*西暦 年 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 満()歳	
勤務先名称			勤務先 電話番号		
職歴 (現在の勤務先 を含めた直近の 就職先)	施設名		就職年月日	退職年月日	勤務期間
*看護職としての総勤務期間 (離職期間は含まない) 年 月			*最後に退職した日からの離職期間 年 月		
*これまでに経験したことのある診療科・部門等 (例:循環器内科、整形外科、透析室、外来、検診、訪問看護)					
*介護支援専門員資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 資格取得 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年			*訪問看護師として働く意思 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 既に勤務中		
*受講理由 (申し込んだ動機、受講したいと思ったきっかけ)					
*学習課題 (どのようなことを学びたいか)					
*受講にあたっての抱負など					

※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。