

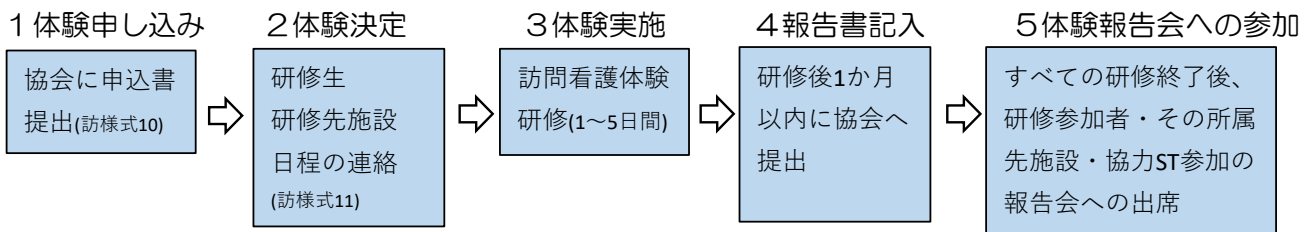
訪問看護担い手創出事業（短期体験型研修） 申込書

令和 年 月 日

|                  |               |      |                                     |             |   |            |                             |
|------------------|---------------|------|-------------------------------------|-------------|---|------------|-----------------------------|
| フリガナ             |               |      |                                     | 性別          | 生年月日  |            | 資格(該当に○)                    |
| 氏名               |               |      |                                     | 男・女         | 西暦  | 年 月 日<br>歳 | 1 看護師 2 准看護師<br>3 保健師 4 助産師 |
| 連絡先              | 住所            | 〒    |                                     |             |   |            |                             |
|                  | TEL           |      |                                     | FAX         |   |            |                             |
|                  | E-mail        |      |                                     |             |   |            |                             |
| 現在の勤務先           |               |      |                                     | 本研修申込の所属先承諾 |   | 有 ・ 無      |                             |
| 看護職歴             | (トータル) 年      | (内訳) | 医療機関 年<br>訪問看護 年<br>離職期間 年<br>その他 年 | 応募動機(該当に○)  | 1 訪問看護の実践的な研修を受けるため<br>2 他職種との連携方法を学ぶため<br>3 職場の上司から勧められたため<br>4 その他( ) |            |                             |
| 希望するコース・日数及び研修内容 | 【希望コース】(該当に○) |      | 【研修についての希望、学びたい内容】                  |             |   |            |                             |
|                  | 1 入門編(1日)     |      |                                     |             |   |            |                             |
|                  | 2 実践編(複数日)    |      |                                     |             |   |            |                             |
| 【希望日数】 日間        |               |      |                                     |             |   |            |                             |
| 希望施設             | 第1希望          |      |                                     | 研修希望日       | 第1希望日 月 日( )  |            |                             |
|                  | 第2希望          |      |                                     |             | 第2希望日 月 日( )  |            |                             |
| ★通信欄(質問など)       |               |      |                                     |             |   |            |                             |
|                  |               |      |                                     |             |   |            |                             |

※ 体験・研修生には、研修日誌及び体験等の感想等のご協力いただきます。

訪問看護体験研修の流れ



問合せ先 公益社団法人山形県看護協会 在宅推進課担当 菅野弘美 佐藤美香  
〒990-2473 山形市松栄一丁目5番45号  
電話：023-685-8033 FAX：023-646-8868  
Eメール：zaitaku@nurse-yamagata.or.jp