

「訪問看護 e ラーニング」活用による 訪問看護師養成講習会（訪問看護人材養成基礎カリキュラム）受講申込書

ふりがな 氏名			生年月日	西暦	年	月	日		
			年齢	歳					
Eメールアドレス	*訪問看護 e ラーニングに使用するアドレス。このアドレスに連絡が入ります								
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								
介護支援専門員 資格 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)			島根県看護協会 (R4年 4月現在)		<input type="checkbox"/> 会員 (No.) <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 会員申請中				
就 業 状 況	就 業 中	所 属	施設名						
			所在地 〒						
			TEL ()					—	
	未 就 業	最終離職年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日							
		最終施設名							
		就 業 意 向	<input type="checkbox"/> 訪問看護への就業意向有り <input type="checkbox"/> 訪問看護以外への就業意向有り <input type="checkbox"/> 就業意向なし						
実務経験年数 (合計)		合 計 年			訪問看護 <input type="checkbox"/> 有 年 <input type="checkbox"/> 無				
自宅住所		〒							
携帯番号									
訪問看護 従事状況		<input type="checkbox"/> 従事している <input type="checkbox"/> 従事していない <input type="checkbox"/> 受講後従事する							

◎提出いただいた個人情報、研修参加準備を目的にしており、当協会の必要な範囲のみで使用いたします。

※注意事項

- 受講申込は上記記載のメールアドレスから添付をお願いします。やむを得ない場合は郵送でも可です。

申込先 E-mail : ns-center@shimane-kango.or.jp

- 申込受付後、アドレス確認のためナースセンターからメール返信をします。申込後5日以内に返信が来ない場合は、お問い合わせください。
- 短期集合研修初日 5/17 に看護師免許証の写し(A4 サイズに縮小)を提出していただきます。ご準備ください。
- 受講申込前に日本訪問看護財団のホームページ上の「訪問看護 e ラーニング」体験版を視聴してください。
 体験版の音声・動画が問題なく視聴できた (□に☑を入れてください)
- 受講申込前に「訪問看護 e ラーニング」の利用規約および注意事項をお読みください。
 利用規約および注意事項を確認し同意した (□に☑を入れてください)