

「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

申込日 月 日

氏 名		フリガナ		
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			
携 帯 番 号				
Eメール アドレス	※このアドレスに連絡が入りますので、本人がみられるアドレスをご使用ください			
就 業 状 況	就 業 中	所 属 施 設 名		
	未 就 業 (離職中)	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 経 験		
生 年 月 日	西 暦 年 月 日	年 令	歳	
介 護 支 援 専 門 員 資 格	<input type="checkbox"/> 有 · <input type="checkbox"/> 無	島根県看護協会 (R5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	
自 宅 住 所	〒			
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

1. 受講申込は上記記載のメールアドレスに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 : houkan@shimane-kango.or.jp

申込先アドレスが変わりました

2. 申込受付後、アドレス確認のため島根県看護協会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

3. 集合研修初日 5/11 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

4. 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)

5. 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)