「訪問看護eラーニング」を活用した訪問看護師養成講習会 受講申込書

**※‘全項目’に記載して下さい。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 希望会場(○をつけること) | 南部・北部 | eﾗｰﾆﾝｸﾞの受講について（右欄に○をつけて下さい） | 未 　・　 済 |
| ふりがな氏　名 |  | 性別 | 生年月日 | 西暦　 　 年 　月 　日　　　　　　（　　　歳） |
| 男・女 |
| 京都府看護協会会員・非会員 | 会員　　番号（　　　　　　　　　　　　　） | 非会員 |
| 看護職賠償責任保険制度 | 加入している：名称（　　　　　　　　　　　）補償期限（　　　　　　　　　　　　　　　　） | 本講習会で加入(同意する・同意しない) |
| 所属施設名 | ※正式名称を記入すること |
| 施設所在地 | 〒TEL（　　　　　）　　―　　　　　　FAX（　　　　　）　　　― |
| 自宅住所 | 〒TEL（　　　　　）　　―　　　　　　FAX（　　　　　）　　　―緊急連絡先（携帯可） |
| E-ｍａｉｌ | ご本人のアドレスをローマ字（ブロック体）で分かり易く記入してください。※携帯電話のメールアドレスではなくeラーニングを視聴する機体で使用するメールアドレスをご記入ください。 |
| 免 許 種 別（該当項目に○） | 保健師 助産師看護師　　准看護師 | 実務経験年数 | 年　　ヶ月※免許取得後の実務経験年数を記入 |
| 訪問看護従事年数 | 年　　ヶ月・ 経験なし |
| 直近の離職期間 | 年　　ヶ月※現在未就業の方のみ記入 |
| 介護支援専門員資格 | 有　　・　　無 |
| 職位 | □所長　　□副所長　　□スタッフ　　□その他（　　　　　　　　　） |
| 受講動機（100文字程度） |
| 所属施設からの推薦理由（未就業者は自己推薦理由を記入のこと）推薦者　役職　　　　　　　氏名　　　　　　　　　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ☆受講の可否 | 可 | 否 |

※提出された書類は、「訪問看護eラーニング」を活用した訪問看護研修の目的以外には使用しません。

※未就業者については、受講動機と推薦理由が重複しても良い。

※申込用紙は、京都府看護協会ホームページ〔京都府ナースセンター〕からダウンロードできます。

※受講の可否をご連絡いたしますので、返信用封筒（94円切手貼付、「長3」サイズ封筒に施設名・担当者を記入）を同封してください。