

(様式1)

「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 ラーニングの受講について (右欄に○をつけて下さい)		未 ・ 済
ふりがな 氏名		性別 男・女	生年月日	西暦 年 月 日 (歳)
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	実務経験年数	年 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 月・経験なし	
	看護師 准看護師	直近の離職期間	年 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	<input type="checkbox"/> 所長 <input type="checkbox"/> 副所長 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> 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	印		
☆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。