**訪問看護研修［入門プログラム］　申込書**

**※希望する番号を○で囲んでください。**

**１.　６/１6（木）　　　　２. ８/２４（水）　　　3.　１０/２６（水）**

**※下記項目について記入または該当を○で囲み、メール、郵送またはFAXしてください。**

**送付先　群馬県看護協会　在宅支援課担当あて**

**E-mail：** [**houmonkango-cc@gunma-kango.jp**](mailto:houmonkango-cc@gunma-kango.jp) **FAX：０２７-２３０-２００３**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ﾌﾘｶﾞﾅ**  **氏　名** | **男**  **女** | | | **生年**  **月日** | Ｓ・Ｈ  　 年　 月 日  （ 歳） | **保有資格に○印** | 保健師　 助産師  看護師 　准看護師  ※介護支援専門員  （あり・なし） |
| **自宅住所** | **〒**  **昼間連絡がつくところ**  **TEL：**－　　　－  **FAX：**－　　　－ | | | | | | |
| **経験年数** | 保健師（　　年）　助産師（　　年）　看護師（　　年）　准看護師（　　年） | | | | | | |
| **今までの勤務歴** | **施　設　名 　　　 勤務形態　　　　　 勤務期間**   * 常勤・非常勤　　　　　　　　 年　　月 * 常勤・非常勤　　 　　　　　　年　　月 * 常勤・非常勤　　　 　　　　　年　　月 * 常勤・非常勤　　　　　　　　 年　　月 | | | | | | |
| **現在、就業中の方**  **の勤務先** | 施設名と部署 | 施設名  (1)病棟（　　　　　　科）　(2)外来　　(3)その他（　　　　　　　） | | | | | |
| 住所・  電話番号 | 〒    TEL　　 　 　－　　　　－  FAX　　　　　－　　　　－ | | | | | |
| 現在の  職位 | (1)管理職　　(2)師長　　(3)主任　　(4)スタッフ | | | | | |
| 勤務形態 | (1)常勤　　(2)非常勤（　　　　時間／1日　・　　　　日／週） | | | | | |
| **離職中の方** | | **◆ナースセンターに登録していますか、該当項目に○をつけてください**  **・登録している　　　・登録していない**  **◆離職期間　　　　　　　年　　　　ヶ月** | | | | | |
| **看護協会員ですか** | | | (1)はい　　　(2)いいえ　　　(3)今後入会を検討している | | | | |

　　＊本研修申込みで得た個人情報は、研修に伴う書類作成・発送に用い、この利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。