**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** **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。