

# 訪問看護研修〔入門プログラム〕申込書

※希望する日程の番号を○で囲んでください。

1. **6/14 (水)**                      2. **8/23 (水)**                      3. **11/1 (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

フリガナ 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	〒 _____ <div style="text-align: right;">                         屋間連絡がつくところ                          TEL:        —        —                          FAX:        —        —                     </div>				
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	〒 _____ <div style="text-align: right;">                     TEL        —        —                      FAX        —        —                 </div>			
	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。