

# 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

姓 氏名	男女	生年 月日	S・H 年 月 日 (歳)	保有資 格に○ 印	保健師 看護師	助産師 准看護師	※介護支援専門員 (あり・なし)
自宅住所	〒 風間連絡がつくところ						
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。