**訪問看護師養成研修［ステップ１］申込書（令和５年度）**

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E-mail：houmonkango-cc@gunma-kango.jp 　FAX：０２７－２３０－２００３**

**宛　名：群馬県看護協会　在宅支援課担当**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな**  **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  **※**ｹｱﾏﾈ資格( 有・無 ) |
| **自宅住所** | | **〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　自宅電話又は携帯電話**  **（昼間､連絡がつくところ）**  **TEL：**－　　　－  **◆群馬県看護協会入会（あり：会員番号　　　　　　　　　・なし）** | | | | | | |
| **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　　　　　 就職期間**   * 常勤・非常勤　　　 年　　月～　　　年　　月 * 常勤・非常勤　　 　年　　月～　　　年　　月 * 常勤・非常勤　　　 年　　月～　　　年　　月 * 常勤・非常勤　　　 年　　月～　　　年　　月 | | | | | | |
| **訪問看護の経験** | | (1)　なし  (2)　あり⇒①（　　　年　　月～　　年　　月）　②（　　　年　　　月 ～ 現　在） | | | | | | |
| **就業中の方**  現在の勤務先 | 施設名と  部署 | | 施設名  (1)病棟（　　　　　　　　　科）　　　(2) その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 施設住所等 | | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　－　　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　　　　－　　　　－ | | | | | |
| 現在の職位 | | Ｈ・Ｒ　　　年　　月より　　(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） | | | | | |
| 施設推薦 | | **◇所属責任者　推薦コメント◇**  **役職　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印** | | | | | |
| **離職中の方** | | | 離職期間  　　　年　　　ヶ月 | ◆ナースセンターへの登録有無  ・あり　　・なし【施設推薦のない方は登録が必要です】 | | | | |
| **訪問看護ｅラーニングを修了している方のみ記入**  　修了年：令和　　　年　　月　**※「ｅラーニング修了証書」のコピーを必ず添付のこと** | | | | | | | | |

※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、この目的以外には使用しません。