**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。