

訪問看護ステーション体験実修 申込書

ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日			
		昭和 平成	年	月	日 生
住所	〒				
所属	※有職者の方は勤務先、所属病棟(科)をご記入ください。				
連絡先	TEL :			※ご希望の連絡方法 に○をしてください。	
	FAX :				
	E-mail :				
下記の項目にご記入ください (該当するものに○、またはご記入ください)					
資格	看護師	准看護師	保健師	助産師	その他 ()
経験年数	看護職経験 :			年	
	病棟経験 :			年	
	訪問看護ST経験 :			年	
	その他の経験 :			年	
離職期間	通算 :			年	
希望コース (○をつけて ください)	() 体験コース	半日間	希望日		
	() 体験コース	1日間	第1希望	月	日 ~ 月 日
	() 体験コース	2日間	第2希望	月	日 ~ 月 日
	() 体験コース	3日間	第3希望	月	日 ~ 月 日
	() 体験コース	() 日間			
体験してみたいこと。	※体験分野の希望がある方は、○で囲んで下さい (・小児・難病・呼吸器・精神科・ ※体験の分野によっては、協カステーションでの実習となる場合もあります。				
	応募動機、学びたいこと等				
質問等					

※お預かりした個人情報は、教育ステーション事業の円滑な運営以外の目的で利用することはありません。

申し込み先 刀根山訪問看護ステーション (担当者:長濱)

F A X : 06-6853-5261