

## 訪問看護ステーション体験・実習 申込書

ふりがな 氏名		男 ・ 女	生年月日		
			昭和 平成	年	月
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 に○をしてく
	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	
体験希望日 第三希望まで ご記入下さい	・体験は1日です。日程に関しましては、ご相談の上調整させていただきます 第一希望 : 月 日 第二希望 : 月 日 第三希望 : 月 日				
体験してみたいこと。					
質問等					

申し込み先 めぐみ訪問看護ステーション

**F A X : 072-750-0204**

日

生

連絡方法  
下さい。

)

す。