

## 訪問看護ステーション体験・研修 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)	( ) 訪問1日コース	1日間	希望日		
	( ) 訪問2日コース	2日間	第1希望 平成30年 月 日・ 月 日		
	( ) 訪問・通所コース	各1日	第2希望 平成30年 月 日・ 月 日		
	( ) 看多機コース	半日または1日間	希望ST (あれば2カ所まで記載して下さい)		
	( ) 療養通所コース	1日間	1		
			2		
体験してみたいこと。					
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 ペガサス訪問看護ステーション

**FAX : 072-265-2878**