

## 訪問看護ステーション体験・研修 申込書

ふりがな 氏名		男	生年月日		
		女	昭和 平成	年	月
住所	〒				
所属	※有職者の方は勤務先をご記入ください。				
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	( ) 基本コース	2日間	希望ST あれば下欄に2か所まで記載してください。		
	( ) 体験コース	1日間			
	( ) 実践コース	5日間	1		
	( ) 実践コース ( ) 日間		2		
体験してみたいこと					
質問等					

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

申し込み先 訪問看護ステーションゆいか

**F A X : 06-6356-6073**