

**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 日 生
住所	〒			
所属	※有職者の方は勤務先、所属病棟(科)をご記入下さい。			
連絡先	TEL :		※ご希望の連絡方法 に○をして下さい。	
	FAX :			
	E-mail :			
下記の項目にご記入下さい。(該当するものに○、またはご記入下さい。)				
資格	看護師・准看護師・保健師・助産師・PT・OT・ST・ケアマネ・その他( )			
経験年数	実務経験 :	年		
	病院経験 :	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	希望ステーションを申し込み先より 選択下さい。	
	( ) 体験コース	1日間		
	( ) 基本コース	2~3日間	事業所名 :	
	( ) 実践コース	5日間	※実習日のご希望につきましては、 実習先のステーションにご相談下さい。	
	( ) 実践コース	( ) 日間		
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利用することはありません

**<申し込み方法>** 実習のお申し込みは、希望のステーションに直接FAXでお申し込み下さい。

お申し込み後、各ステーションよりご連絡致します。

申し込み先	訪問看護ステーションココア	箕面市桜井1-2-29	FAX : 072-720-6901
	ガラシア訪問看護ステーション	箕面市粟生間谷西6-14-1	FAX : 072-729-3311
	めぐみ訪問看護ステーション	池田市畑3-13-3	FAX : 072-750-0204
	やわらりハビリ訪問看護ステーション	池田市石橋3-4-5	FAX : 072-760-4301
	パラレル訪問看護ステーション	池田市石橋1-22-15	FAX : 072-760-5601

※ステーションの特徴につきましては、各ホームページをご確認ください。

実習についてご不明な点やご意見等ございましたら、訪問看護ステーションココア までご連絡ください。

電話番号 072-720-6900 担当 : 三鬼、福井