

令和5年度 訪問看護師養成講習会受講申込書

令和 年 月 日

ふりがな				S・H	年	月	日
氏名	生年月日			(歳)			
勤務先名称	部署名						
勤務先住所	〒 TEL						
自宅住所	〒 TEL						
緊急連絡用 (携帯電話)	携帯電話番号			携帯メールアドレス			
看護職免許 取得状況	職種に○をつけてください	免許取得年月			免許番号		
	() 保健師	S・H・R	年	月	日	第	号
	() 助産師	S・H・R	年	月	日	第	号
	() 看護師	S・H・R	年	月	日	第	号
看護職歴	看護師歴 (訪問看護師歴含)	有 (年間	か月)	・	無	
	訪問看護師歴	有 (年間	か月)	・	無	
就業歴	施設名、期間(○年～△年)、診療科名、職種 複数の場合は免許取得後から1, 2と番号をつける						
学習環境チェック: 体験版を問題なく視聴できましたか* 必須				はい()	←視聴できた方は○をつける		
受講時の メールアドレス (必須)※	フリガナ @						
※必須: 「訪問看護eラーニング受講に際しての注意事項」について						同意する()	
※必須: 「eラーニングシステム利用規約」について						同意する()	
受講動機(ご自分の勤務状況、解決したい課題、この研修への期待等を記述してください)							
受講目標(ご自分自身が、受講終了後にどのようにになりたいか、記述してください)							

* 必須のメールアドレスの記載、学習環境のチェック、「注意事項」、「利用規約」に同意がない場合は受講できません。

* 申込書で得た情報は、eラーニング受講のための訪問看護財団への名簿提出や講師への参加状況説明および受付名簿作成、受講生への連絡、研修のまとめに利用し、講習会終了後は破棄します。