

(様式1)

岩手県訪問看護総合支援センター

## 訪問看護体験型研修申込書

申込日 令和 年 月 日

|                    |   |
|--------------------|---|
| 希望日数               | ( ) 日 * 5日以内  |
| 勤務先 / 職種           | / 看護師・保健師・助産師・准看護師  |
| (フリガナ)<br>氏名・年齢・性別 | / ( ) 歳 / 男・女   |
| 連絡先                | 郵便番号：<br>住 所：<br>電話番号：<br>e-mail：   |
| 訪問看護の経験            | なし ・ あり (経験年数 年)  |
| 当協会員               | 会員 (会員番号： ) ・ 非会員   |
| 研修希望日              | 第一希望: 令和 年 月 日 ( ) ~ 令和 年 月 日 ( )<br>第二希望: 令和 年 月 日 ( ) ~ 令和 年 月 日 ( )<br>第三希望: 令和 年 月 日 ( ) ~ 令和 年 月 日 ( ) |
| 研修希望事業所名           | 第一希望：<br>第二希望：<br>第三希望：   |
| 受講動機・目的            | <目的：研修で学びたいこと、同行訪問したいケースの希望等>   |

必要事項をご記入のうえ、FAX・メールのいずれかでお申し込みください。

送付先：岩手県訪問看護総合支援センター（公益社団法人岩手県看護協会内）

F A X：019-662-9550

Eメール：hks2@iwate-kango.or.jp