新潟県看護協会訪問看護教育プログラム体験研修申込書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | フリガナ | | 性別 | | 年代（該当に〇） | | 資格（該当に〇） |
| 氏名 |  | | 男  女 | | 1　20代　　2　30代  3　40代　　4　50代  5　60代以上 | | 1. 保健師 2. 助産師 3. 看護師 4. 准看護師 |
| 連絡先 | 住所〒 | | | | | | |
| 電話：　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： | | | | | | |
| Ｅメール： | | | | | | |
| 所属  連絡先 | 所属名  住所〒　　　　　　　　　　　　　　　　電話：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： | | | | | | |
| 申し込みの所属先承諾　　　　有　　　無 | | | | | | |
| 看護職歴 | | トータル    　　　　　　　　年 | | 看護職歴内訳　医療機関　　　　　　年  　　　　　　　訪問看護　　　　　　年  　　　　　　　離職期間　　　　　　年  　　　　　　　その他　　　　　　　年 | | | |
| 応募動機  （該当に〇）  複数回答可 | | 1. 在宅療養に興味・関心があった　2.訪問看護に興味・関心があった   3　退院調整に興味・関心があった　4．看看連携に興味・関心があった  5．訪問看護の実践的な研修を受けるため  6．職場の上司に勧められた　7.　訪問看護師への転職を考えているから  8.　復職を考えているから　9．その他 | | | | | |
| 教育プログラムを知った  きっかけ  （該当に〇） | | 1. 新潟県看護協会のﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞやﾁﾗｼ等　2.研修会でお知らせがあった   3.　職場の上司から　4.　知人から  5.　訪問看護ステーションにいがたの広報6．その他 | | | | | |
| 学びたい事 | |  | | | | | |
| 希望コース  希望日 | | 希望コース（〇をつける）  **Ａ　　　Ｂ　　　Ｃ** | | | 希望日 | 希望内容 | |

お問い合わせ先：新潟県看護協会訪問看護推進課　〒951-8133新潟市中央区川岸町2丁目11番地

電話：025-265-4188　FAX：025-233-7672