

訪問看護就業支援プログラム事業～訪問看護ステーション職場体験～ 申込用紙

フリガナ 申込み者氏名			性別	学年または職位
			☐ 男 ☐ 女	
生年月日			年齢(歳)	看護師通算経験年数
フリガナ 学校名・勤務先				
看護関係資格 該当に☑を付けてください	☐ 看護学生	☐ 保健師	☐ 助産師	☐ 看護師 ☐ 准看護師
連絡先	住所	〒 * 保険の関係上、ご自宅住所の記載をお願いします		
	TEL・FAX	TEL FAX		
	携帯電話			
	(メールアドレスフリガナ)			
	メールアドレス			
	緊急連絡先		続柄	
体験を希望する 訪問看護ステーション (協力訪問看護ステーションは HPをご参照ください。)	第1希望			
	第2希望			
	特に希望のない場合は 所在地(例 新潟市内)			
体験希望スケジュール ご希望欄に☑を付けてください (複数回答可)	☐ 1日間 ()月頃を希望 ☐ 2日間 ()月頃を希望 ☐ その他()			
聞きたいこと、 体験したいこと ご自由に記入ください				

【未就業の方のみ】 各種登録・加入の有無を ご記入ください	【新潟県看護協会】 あり なし 不明	【日本看護協会看護職賠償 責任保険制度】 あり なし 不明	【eナースセンター】 あり なし 不明	【届出制度・とどけるん】 あり なし 不明
-------------------------------------	-----------------------	-------------------------------------	------------------------	--------------------------

【看護学生の方のみ】 保険加入の有無をご記入ください	在籍している学校で扱っている保険の加入 している していない	賠償責任保険【研修補償制度 Will】加入 希望する 希望しない
-------------------------------	--	--

お申込み方法	① メール添付	e-mail: houmon@niigata-kango.com
	② 郵送	〒951-8133 新潟市中央区川岸町2丁目11番地
	※ 申し込み確認後、こちらからご連絡させていただきます。	