

**【教育課】**

出力2018.12.20 17:47

**申込先 FAX 011-863-3204** ( FAX送信時、もう一度番号をお確かめください)

**応募期間 2月15日～3月1日**

**2019年度 訪問看護師養成講習会 (全日程) 申込書**

- ・申込書は、コピーまたはホームページからダウンロードしてご使用ください。
- ・設問は**必須事項**です。空欄のないようご記入ください。
- ・□枠には、レ印 で該当するものを選択してください。

申込日	2019年	月	日
-----	-------	---	---

受講するコースを選択してください	<input type="checkbox"/>	集中コース	2019年4月8日(月)～5月29日(水)の期間中32日間※
	<input type="checkbox"/>	分散コース	前期：2019年4月8日(月)～4月26日(金)の期間中15日間※ 後期：2020年4月～6月予定(日程未定) 17日間

※土日祝日を除く

ふりがな	北海道看護協会		支部	
氏名	支部名		北海道看護協会 道会員番号 ゼロを含めて6桁	
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (昭和・平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 日生 <input type="text"/> 歳)			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
職能 <input type="checkbox"/> 1保健師 <input type="checkbox"/> 2助産師 <input type="checkbox"/> 3看護師 <input type="checkbox"/> 4准看護師	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 手続中	*手続	<input type="text"/>	月 済
資格 ※保有者のみ <input type="checkbox"/> 1介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 2その他 ( )	<input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 1 過去に会員だった	*会費納入	<input type="text"/>	月 済・予定
就業状況 <input type="checkbox"/> 1離職中 <input type="checkbox"/> 2就業中 <input type="checkbox"/> 3講習会開催時には離職予定	<input type="checkbox"/> 2 会員になったことはない		*会員番号がわかる場合は記載してください	
施設名 (部署名: )	TEL	-	-	
	FAX	-	-	
通知文送付先住所 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 (未就業の方、離職予定の方)	※未就業の方は確実に連絡がとれる電話番号を記載してください。			
住所 〒 ( ) - ( )				
看護歴	・看護経験年数(通算) <input type="text"/> 年 <input type="text"/> ヵ月	認定看護師、専門看護師、認定看護管理者教育課程を修了している方は取得年と名称をお書きください。		
	・うち訪問看護経験年数 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> ヵ月	取得年	名称	
訪問看護活動 <input type="checkbox"/> 1現在活動中 <input type="checkbox"/> 2経験がある <input type="checkbox"/> 3未経験		年		
		年		
所属	<input type="checkbox"/> 1訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 2診療所 <input type="checkbox"/> 3病院 <input type="checkbox"/> 4介護保健・福祉施設等 <input type="checkbox"/> 5その他 ( )			
業務内容	<input type="checkbox"/> 1訪問看護業務 <input type="checkbox"/> 2病棟(領域: ) <input type="checkbox"/> 3外来(領域: )			
	<input type="checkbox"/> 4その他 ( )			
現在の職位 (相当する職位を選択)	<input type="checkbox"/> 1スタッフ <input type="checkbox"/> 2副師長・主任職 <input type="checkbox"/> 3師長職 <input type="checkbox"/> 4副看護部長(副総師長)職 <input type="checkbox"/> 5看護部長(総師長)職			
	<input type="checkbox"/> 6訪問看護ステーション所長 <input type="checkbox"/> 7養成所・学校の看護教員 <input type="checkbox"/> 8その他 ( )			
その他	<input type="checkbox"/> 1過去・現在を含め管理職(主任・副師長相当職以上)の経験がある <input type="checkbox"/> 2管理職の経験はない			
受講動機	<input type="checkbox"/> 1スキルアップ <input type="checkbox"/> 2訪問看護ステーションや訪問看護部門の立ち上げ準備 <input type="checkbox"/> 3就職準備			
	<input type="checkbox"/> 4その他 ( )			
自己の課題 (簡条書き)				
<推薦者> ※離職中の者は不要				
役職:	推薦者名:			

個人情報の取扱い：本研修申込書で得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送に用い、この利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。

お問い合わせ先： 北海道看護協会事業部教育課 TEL：011-861-3273