

※キャンセル・日程の変更は原則できません。

⇒研修生の受入れにあたり、同行訪問先のご利用者様やご家族に了承をいただくなど、関係先にご協力をいただき、諸所の調整をしておりますので、必ず参加可能な日程でお申込みください。

※当該ステーション以外も含め、教育ステーションでの研修を受けたことがある(予定含む)方はお申込み頂けません。

訪問看護ステーション研修 申込書

★基本情報				申込日	平成 年 月 日
氏名	フリガナ		性別	年代(該当に○)	
			男・女	1 20代 2 30代 3 40代 4 50代 5 60代以上	
連絡先	住所		FAX		資格(該当に○) 1 看護師 2 准看護師 3 保健師 4 助産師
	TEL				
	E-mail				
看護職歴	(トータル)	(内訳)	医療機関 訪問看護 離職期間 その他	年 年 年 年	応募動機(該当に○) 1 訪問看護の実践的な研修を受けるため 2 他職種との連携方法を学ぶため 3 職場の上司から勧められたため 4 その他()
	年	年			
教育ステーションを知ったきっかけ(該当に○)	1 東京都福祉保健局のホームページや広報誌等 4 職場の上司から 7 ステーション連絡会、研修会等		2 教育ステーションのホームページ 5 知人から 8 その他()		3 東京都ナースプラザ 6 訪問看護eラーニング(日本訪問看護財団)
本研修の目的、学びたいこと					
希望日数・日時・研修内容	【日数】	【希望日】	【希望内容】		本研修申込の所属先承諾 有・無
	日間				

★お勤め先の訪問看護ステーションについてご記入ください

勤務先ステーション名	勤続年数	年 か月
	勤務形態	常勤・非常勤

職員配置状況(看護職員)

看護職員	実人数		常勤換算数(常勤+非常勤)
	常勤	非常勤	
	人	人	人

職員配置状況(PT/OT/ST)

PT/OT/ST	実人数		常勤換算数(常勤+非常勤)
	常勤	非常勤	
	人	人	人

24時間対応体制	有・無
----------	-----

★通信欄(質問など)

--

※ 体験・研修生には、研修最終日及び体験・研修終了後数か月後の2回、アンケートにご協力いただきます。