

東京都訪問看護教育ステーション事業

ステーション勤務者用

※キャンセル・日程の変更は原則できません。

※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。

訪問看護教育ステーション医療機関研修 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○)		資格(該当に○)		
			男・女	1 20代 2 30代 3 40代	1 看護師 2 准看護師			
連絡先	住所	〒				教育ステーションや東京都からご連絡を差し上げて差支えない連絡先をご記入ください(アンケートのお願い等、後日ご連絡を差し上げることがあります)。		
	TEL		FAX					
	E-mail							
看護職歴	(トータル) 年	(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()			
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 2 教育ステーションのホームページ 3 東京都ナースプラザ 4 職場の上司から 5 知人から 6 訪問看護eラーニング(日本訪問看護財団) 7 ステーション連絡会、研修会等 8 その他()							
本研修の目的、学びたいこと								
希望日・制服貸出希望	【研修希望日】 ※第3希望までご記載ください。 ① ③ ②			【制服貸出希望】 ・希望する ・希望しない (size S・M・L・LL) (貸出来所日時 / :) (返却来所日時 / :)			本研修申込の所属先承諾 有・無	

★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 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)

--