

医療機関等勤務者・離職者用

※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○)		資格(該当に○)	
			男・女	1 20代 2 30代 3 40代 4 50代 5 60代以上		1 看護師 2 准看護師 3 保健師 4 助産師	
連絡先	住所 〒						
	TEL			FAX			
	E-mail						
看護職歴	(トータル)			(内訳)	医療機関	年	
	年				訪問看護	年	
					離職期間	年	
					その他	年	
応募動機 (該当に○、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 職場の上司から勧められた 6 訪問看護師への転職を視野に入れて 7 復職を前提に体験をした 8 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()						
本体験の目的、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】			【コース】	本研修申込の所属先承諾 有・無
	日間					A B C	

★現在離職中の方はご記入ください

現在の離職期間	年 月 日	離職された理由	1 結婚 2 育児 3 介護 4 転居 5 訪問看護師になるため 6 その他()
---------	-------	---------	----------------------------------------------

★現在医療機関にお勤めの方はご記入ください

医療機関名		部署	1 病棟(急性期・回復期・慢性期・その他) 2 外来 3 退院調整室 4 診療所 5 その他()
-------	--	----	------------------------------------------------------

★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。