

**訪問看護ステーション研修 申込書**

- 【注意】 ① 訪問看護ステーション管理者の方がお申込みください。  
 ② 受講に当たり、所属ステーションにおいて、当該研修生の育成計画書の作成が必要となります。  
 ③ 研修生の受け入れにあたっては、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、諸所の調整をしています。そのため、真にやむを得ない場合を除き、キャンセルはできませんことを、あらかじめご承知おきください。

**★受講希望者基本情報**

(申込者 管理者 )

氏名	フリガナ		性別	生年月日		資格(該当に○)	
			男・女	西暦 年 月 日 満 歳	1 看護師 2 准看護師 3 保健師 4 助産師		
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 年 訪問看護 年 離職期間 年 その他 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等を学ぶため 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、学ばせたいこと							
希望する日数及び研修内容	【希望日数】 日間	【希望内容】					

**★所属する訪問看護ステーションについてご記入ください**

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)**

※ 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。