

## 訪問看護ステーションからの訪問リハビリ体験 申込書

### ★基本情報

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 理学療法士 2 作業療法士 3 言語聴覚士	
連絡先	住所	〒					ご記入いただいた氏名、生年月日、住所、電話番号は、保険の手続きで使用いたします。予めご了承ください。
	TEL		FAX				
	E-mail						
経験年数	(トータル) 年	(内訳)	医療機関 訪問リハビリ 離職期間 その他	年 年 年 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 訪問リハビリに興味・関心があった    3 職場の上司から勧められた 4 訪問リハビリへの転職を視野に入れて    5 復職を前提に体験をしたかった 6 その他( )						
当研修を知ったきっかけ	1 当院ホームページ    2 職場の上司から    3 知人から 4 その他( )						
本体験研修の目的、学びたいこと							
希望候補日及び希望する体験内容	【希望日】 2、3日挙げてください。	【希望内容】				本体験申込の所属先承諾	
						有 ・ 無	

### ★現在離職中の方はご記入ください

現在の離職期間	年 月	離職された理由	1 結婚   2 育児   3 介護   4 転居   5 訪問リハビリスタッフとして働きたいため   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)