

訪問看護ステーション体験 申込書

- 【注意】① 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。(他の教育ST含む)
 ② 体験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。

★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 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) 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○、 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						
希望する日数及び体験内容	【希望日数】	【希望内容】				本体験申込の 所属先承諾
	日間					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 か月	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。