

※体験・研修のキャンセル・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ご了承をいただくなど、関係先にご協力いただき、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し込みください。**
 ※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)方はお申し込みいただけません。

訪問看護教育ステーション事業 体験・研修 申込書

		申込日	令和 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 4 50代	2 30代 5 60代以上	3 40代	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県からご連絡を差し上げて差し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○、複数回答可)	1 在宅医療に興味・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い 8 その他()						
教育ステーションを知ったきっかけ(該当に○)	1 栃木県のホームページ 2 教育ステーションのホームページ 3 県看護協会のホームページ 4 県訪問看護ステーション協議会のホームページ 5 職場の上司から 6 知人から 7 訪問看護ステーション協議会管理者会議 8 その他()						
本体験・研修の目的、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】			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 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()
-------	----	---

○自由記載欄

【対応結果】 ※ステーションで記入

- 1 受講決定通知の送付
- 2 体験・研修の受講
- 3 体験・研修受講後アンケートの実施