

※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。

栃木県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○)	該当する場合○	
		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	ST管理者	
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 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 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	

○お勤め先の訪問看護ステーションについてご記入ください。

勤務先ステーション名	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	実人員		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	実人員		常勤換算数
	常勤	非常勤	(常勤+非常勤)
	人	人	人

○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