

※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。
 ※本研修は所属する看護学校での**単位修得の対象外**の体験・研修です。あくまでインターンシップとして、教育ステーションで体験・研修を受け入れるものです。

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	生年月日			
		男・女	平成 年 月 日 (歳)			
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					
看護学校名	学年 (年)					
応募動機						
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 学校の教員から 6 学校の広報から 7 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】				
		第一希望	第二希望	第三希望		

○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