

受講申込用紙

平成 23 年度 訪問看護師養成講習会（eラーニング）

ふりがな			男	生年月日		申込日
氏名			女	S	年 月 日生（ 歳）	月 日
自宅現住所	〒 -				ナースセンター登録 有 ・ 無	
	TEL :	-	-	携帯 :	-	-
FAX :				-	-	離職期間 年 月
E-mail(必須)※記入がないと受講できません			@			
施設に関する こと (就業中の方のみ)	施設名					ベッド数【 床】
	住所	〒 -		TEL - -		
	施設種別	1. 一般病院 2. 精神病院 3. 診療所（ 床） 4. 老人保健施設 5. 老人福祉施設 6. 保健所 7. 障害者施設 8. 看護学校・大学・短大 9. 訪問看護ステーション 10. 行政機関 11. その他（ ）				
	勤務部所	病棟（ 科） 外来（ 科） その他（ ）				
個人に関する こと	職種	1. 保健師 2. 助産師 3. 看護師 4. 准看護師				
	職名	1. 師長（ 年より） 2. 主任（ 年より） 3. スタッフ（ 年より） 4. その他（ ） ※職名は、その職責に就いた年度をお書き下さい。				
	看護 職 歴	施設名		就業期間		
		・		年 月	～	年 月
		・		年 月	～	年 月
	訪問 看護 職 歴	施設名		就業期間		
		・		年 月	～	年 月
		・		年 月	～	年 月
経験年数	1. 保健師（ 年） 2. 助産師（ 年） 3. 看護師（ 年） 4. 准看護師（ 年）					
訪問看護師としての経験		1. 有り（ 年 月より） 2. 無し				
学習環境のチェック：体験版を問題なく視聴できましたか？				はい（ ） ← 視聴できた方は “○”をつける		
受講動機						
目 標						

※ 社団法人 長崎県看護協会 長崎県ナースセンターは、本講習会に提供いただく個人情報に関して、個人情報保護法を遵守し、下記の通り適切に利用し、管理いたします。

上記個人情報の利用目的

1. 本講習会の運営（修了証の作成など）
1. 看護職就業促進