

令和3年度 退院支援看護師研修 受講申込書 (様式4)

申込日： 令和 年 月 日

研修開催日	令和 年 月 日 ()	研修番号	
研修会名	退院支援看護師研修		
施設名	(個人会員は記入不要)		
(役職)担当者名			
電話番号		FAX	
e-mail アドレス			
個人会員は決定通知の送付先	FAX ・ 郵送		
賠償保険	加入している保険名 ()		
優先順位	ふりがな 氏名 (楷書で記入のこと) (会員証に表示されている氏名でないと受講履歴に反映されません)	職種 1. 保健師 2. 助産師 3. 看護師 4. 准看護師 5. その他*	職位 1. 部長、管理者 2. 副部長 3. 看護師長 4. 副師長 5. 主任・係長 6. 副主任 7. スタッフ 8. 休職中 9. その他*
		経験年数 《基準》 ・新卒=0 ・休職期間は含まない	和歌山県 会員番号 (6桁) 《注》 ・万・10万の桁の0は省略可。 ・8桁は日本看護協会の番号です。
		非会員は○	交通手段
			実習 ○月○日(○)～○月○日(○)どうしても実習に出られない日にちをご記入ください。空白の場合は、都合の悪い日はないと解釈いたします。
1			
2			
3			
4			
5			

個人情報については次の目的で使用します。なお、研修申込時点をもって、下記内容に同意したものと判断します。
《研修会に伴う書類作成・発送/講師への情報提供/研修の企画運営》

《 申込書使用上の注意事項：教育計画参照 》

申込	施設単位
記入	楷書で記入 ※ 氏名の旧字体、氏名間違い記入漏れ等にご注意願います。 ※ 修了証の発行および受講履歴登録のため正確に記入してください。
職種・職位	番号で選択 ※ [その他*]は詳細記入
研修開催日	開催初日を記入
訪問看護 ステーションの 実習について	研修期間中に1日訪問看護ステーションでの実習があります。 実習先訪問看護ステーションは看護協会で決定いたします。 なお、事業所によって受け入れ日時が異なります。出来る限り早く決定しご連絡します。
実習	○月○日(○)～○月○日(○)どうしても実習に出られない日にちをご記載ください。空白の場合は、都合の悪い日はないと解釈いたします。
交通手段	車・公共乗り物(公共)・単車・同乗(誰かに乗せてもらう)を記入してください。協会への車の乗り入れは、できるだけ乗合でお願いします。乗合をお願いすることもあります。ご協力をお願いします。 訪問看護ステーションへの車の使用については駐車場の有無を協会から連絡します。
賠償保険	実習では、実習中及び交通等の賠償保険の加入が必須条件となります。 研修開始までにご自身の施設等で加入をお願いします。
記入漏れ	受理不可