

この申込書は郵送でのみ受付（FAX不可）

## 令和3年度訪問看護人材養成基礎カリキュラム受講申込書

フリガナ			※西暦でご記入ください	
氏名	男・女	生年月日	年 月 日	( 歳)
会員区分	<input type="checkbox"/> 会員（県会員No. _____） <input type="checkbox"/> 非会員			
職種	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師			
経 験	看護職実務経験	年	ヶ月	
	上記のうち訪問看護実務経験	年	ヶ月	
	現在就業されていない方	離職期間	年	
所属事業所	<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 医療機関の訪問看護 <input type="checkbox"/> 診療所（外来・病棟） <input type="checkbox"/> 病院（外来・病棟） <input type="checkbox"/> 教育機関 <input type="checkbox"/> 行政機関 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） <input type="checkbox"/> 離職中			
勤務先	施設名			
	住所	〒 _____		
	T E L		F A X	
自宅	住所	〒 _____		
	T E L		F A X	
パソコン	アドレスフリガナ			
	メールアドレス (本人連絡用)	_____ @ _____		
	確認事項	※送受信確認・登録のため、ご記入のアドレスから以下の内容を 青森県看護協会の下記アドレスへ送信してください <b>ao.nurse@ceres.ocn.ne.jp</b> 件名…「訪問申込み」 本文…「申込者所属・氏名」		<input type="checkbox"/> 送信済み
	日本訪問看護財団のeラーニング体験版が問題なく視聴できましたか <b>http://www.jvnf.or.jp/e-learning/post.html</b>		<input type="checkbox"/> はい	
注 意	※iPad等のタブレットでも受講可能ですが、体験版でスライド・音声・参考映像の視聴及びテスト送信ができることを 必ず確認してから利用してください。 <u>（詳しくは日本訪問看護財団のホームページをご覧ください）</u>			

個人情報の取り扱い： 本研修申込書で得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送に用い、この利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。

問い合わせ先： 青森県看護協会 事業課

〒030-0822 青森市中央3-20-30 県民福祉プラザ3階 TEL 017-723-7523