

FAX 044-733-8711
 (公社) 川崎市看護協会 かわさき訪問看護ステーション

訪問看護ステーション教育支援事業
同行訪問研修申込書

記入日 平成 年 月 日

氏 名	フリガナ	性別	年代(該当に○)
		男 ・ 女	1 20代 2 30代 3 40代 4 50代 6 60代以上
勤務先名称			
勤務先住所	〒		
勤務先TEL	()	勤務先FAX	()
所有資格	保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師 ・ その他()		
看護職員としての 経験年数	年 か月	訪問看護師としての 経験年数	年 か月
応募動機 (該当に○)	1 訪問看護の実践を学ぶため 2 他職種との連携を学ぶため 3 職場の上司からの勧め 4 その他()		
訪問希望日等	1 なるべく早く 2 曜日に限定有(曜日) 3 何時でも大丈夫		
本研修で学びたいことをお書きください			

本研修の所属先承諾

所属長氏名

印

※ 本研修申込書は、この研修以外の目的で使用することはありません。

問い合わせ・郵送先

〒 211-0067

川崎市中原区今井上町1-34 和田ビル3F

(公社)川崎市看護協会 かわさき訪問看護ステーション

TEL 044(733)8123

FAX 044(733)8711

担 当 : 小林 ・ 川野