

訪問看護ステーション体験・研修 申込書

ふりがな 氏名		男	生年月日		
		女	昭和 平成	年	月
住所	〒				
所属	※有職者の方は勤務先、所属病棟(科)をご記入ください。				
連絡先	TEL :			※ご希望の連絡方法 に○をしてください。	
	FAX :				
	E-mail :				
下記の項目にご記入ください (該当するものに○、またはご記入ください)					
資格	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 その他 ()				
経験年数	看護職経験 :	年			
	病棟経験 :	年			
	訪問看護ST経験 :	年			
	その他の経験 :	年			
離職期間	通算 : 年				
希望コース (○をつけて ください)	<input type="checkbox"/> 体験コース	半日間	希望ST あれば下欄に2カ所まで記載してください。		
	<input type="checkbox"/> 体験コース	1日間			
	<input type="checkbox"/> 基本コース	2日間			
	<input type="checkbox"/> 実践コース	5日間	1		
	<input type="checkbox"/> 実践コース	() 日間	2		
体験してみたいこと。					
質問等					

※お預かりした個人情報、教育ステーション事業の円滑な運営以外の目的で利用することはありません。

申し込み先 東大阪地域：河内医師会訪問看護ステーション 山口 FAX：072-964-5527
八尾・柏原地域：桃李訪問看護ステーション 井上 FAX:072-999-6662

