

訪問看護体験実習申込書

令和　　年　　月　　日

次のとおり、訪問看護体験実習を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 所属機関 |  |
| ふりがな氏　　名 |  | 年齢 | 歳 |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| E-Mail | ※体験実習に必要な書類等の送付に必要です。また、メールで送信した書類の印刷ができない方はお知らせください。 |
| 資　　格 | 　□看護学生　□看護師　□准看護師　□保健師　□認定看護師　□専門看護師 |
| 訪問看護師として就職の予定 | 　　　なし　　・　　あり（いつから：　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 体験希望日（半日でも１日でも可） | 　第１希望　：　令和　　　年　　　月　　　日（　　　）　半日　・　１日 |
| 　第２希望　：　令和　　　年　　　月　　　日（　　　）　半日　・　１日 |
| 　第３希望　：　令和　　　年　　　月　　　日（　　　）　半日　・　１日 |
| 体験の目的 | ※応募の動機や、研修で学びたいこと等をご記入下さい。 |

必要事項をご記入のうえ、郵送・ファックスまたはメールにてお申し込み下さい。

後日、担当者よりご連絡いたします。

お申し込み

お問い合わせ

　公益社団法人 鳥取県看護協会 鳥取県訪問看護支援センター

〒680-0901　鳥取県鳥取市江津318-1　（公社）鳥取県看護協会内

所長　鈴木　妙　 事務：中村　昭子

　　　　TEL／FAX：0857-24-1533

　　　　Email：sodan@tottori-kangokyokai.or.jp