**令和6年度「訪問看護eラーニング」を活用した訪問看護師養成研修　受講申込書**

　様式1

＜記入上の注意＞　年齢・就業状況・経験年数は**令和6年4月1日現在**で記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | **生 年 月 日** |
| **氏　　名** |  | （西暦）　　　　年　　月　　日生　（　　　）歳 |
| **Eメールアドレス**＊携帯メール・共有メールは不可 |  |
| **職種** | 該当する職種に〇をつけてください。保健師　・　助産師　・　看護師　・　准看護師 |
| **広島県看護協会****会員・非会員の別** | 会員（会員番号：　　　　　　　　　　　）　　・　　非会員 |
| **就業状況** | **就業中の方** | 所属 | 施設名 |
| 所在地　〒 |
| TEL： |
| □訪問看護に従事している　　　　□訪問看護に従事していない |
| **未就業の方** | 最終離職年月　　　　　　　　年　　　月 |
| 最終施設名 |
| 　　　　　□　訪問看護への就業意向あり就業意向　　　　□　訪問看護以外への就業意向あり　　　　　　　　　□　就業意向なし |
| ＜連絡先＞　TEL：　　　　　　住所：　〒　　　　　 |
| **実務経験年数** | 合計実務経験年数　（　　　　　　　）年そのうち　訪問看護経験年数　（　　　　　　　）年 |
| 【受講動機】 |

１．受講申込前に日本訪問看護財団のホームページ上の「訪問看護eラーニング」体験版を視聴してください。 **□　体験版を視聴した**（□にチェックを入れてください）

２．受講申込前に「訪問看護eラーニング」の利用規約および注意事項をお読みください。

**□　利用規約および注意事項を確認し同意した**　（□にチェックを入れてください）

＊利用規約、注意事項は広島県看護協会ホームページの研修一覧→2024年度→「訪問看護eラーニングを活用した

訪問看護師養成研修」からご覧ください。

＜個人情報に関する取扱について＞

本会の個人情報保護方針および規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。本会研修申込に際して得た情報は、以下の利用目的の範囲内でのみ利用し、利用目的以外で利用することはありません。

①本会の研修を受講する際の本人確認　②本会の研修に関する連絡・情報提供等　③アンケートその他の方法による本会の事業推進に資する情報収集　④研修受講履歴を会員向けマイページ「キャリナース」で会員本人が参照可能となるための会員情報管理体制ナースシップとの連携

（①～④の具体例：研修会申し込みに伴う書類発送、学習ニーズや研修評価に伴う調査依頼、研修案内等での利用）