

令和 8 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

申込期間:令和 8 年 3/19~4/7 必着

<記入上の注意>・就業状況・経験年数は令和 8 年 4 月 1 日現在の状況を記入してください。

・該当する□にチェックしてください

会員・非会員の別	<input type="checkbox"/> 会員		<input type="checkbox"/> 非会員	
	広島県看護協会 会員番号(6桁): 日本看護協会 会員番号(8桁):			
ふりがな		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	
氏名			(西暦) 年 月 日 ()歳	
連絡先 TEL				
メールアドレス	*受講確定後の連絡に使用するため、連絡が付きやすいアドレス(個人の携帯/パソコン)を記入してください			
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			
実務経験年数 *R8.4/1 現在	通算実務経験年数 <input type="checkbox"/> 2・3年 <input type="checkbox"/> 4・5年 <input type="checkbox"/> 6~10年未満 <input type="checkbox"/> 10~20年未満 <input type="checkbox"/> 20年以上 そのうち <input type="checkbox"/> 訪問看護に従事 訪問看護経験年数 ()年 *1年未満は○か月と記載 <input type="checkbox"/> 訪問看護の経験なし			
勤務先名				
勤務先住所等	〒			
	TEL:			
【受講動機】				

※払込み票等、郵送物は勤務先住所に送付します。

自宅への送付を希望する方のみ、下記にご記入ください。 *施設(マンション等)名まで記入してください

〒

<個人情報に関する取扱いについて>

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「キャリアナース」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)