H30年度 「訪問看護ステーション」と「医療機関」における相互研修 申込書

申し込み：H30年　　月　　日

所属施設	名 称	
	施設代表者氏名	
	所在地	〒
	電話番号	TEL　：　　FAX　：
研修生	ふりがな	
	氏名/年齢	年齢（　　才）　□男　□女
	看護経験について	看護経験年数（　　年）現部署（　　科　・　経験　　年）
		経験部署（内科　・　外科　・　小児　・　精神　・　その他（　　）
研修希望先		□ 訪問看護ステーション　　□ 医療機関
＜研修生＞受講動機・目標		
＜施設側＞推薦理由		【≪推薦者≫　職名：　　氏名：　　】

申込先	FAX ： 098 － 882 － 7925
お問合わせ先：看護協会内（訪問看護支援事業）	TEL ： 098 － 888 － 3155