

申込み月日： 令和 年 月 日

沖縄県看護協会 訪問看護支援事業担当

研修生	ふりがな	
	氏名/年齢	年齢（      才） <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	看護経験 について	訪問看護経験年数（      年）    看護経験年数（      年）
		《病院》 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> その他（                  ）
	《訪問看護》 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 成人 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他（                  ）	
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> 希望動機・目 標		
<施設側> 推薦理由		
【<<推薦者>> 職名：                                  氏名：                                  】		
申込先		FAX：098 - 882 - 7925
お問い合わせ先：看護協会内（訪問看護支援事業）		TEL：098 - 888 - 3155