〈平成31年度 訪問看護ステーション間の相互研修〉 **申込書**

別紙1

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）　□男　□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》 □ 内科　□ 外科　□小児　□ 精神　□ その他（　　）
		《訪問看護》 ①小児（□レスピ、□その他）　②成人(□レスピ、□その他）　③精神 ④ターミナル
所属施設	名 称	
	施設代表者氏名	
	所在地	〒
	電話番号	TEL　：　　FAX　：
研修場所		希望　：　あり（　　）　なし
＜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**

お問合わせ先：看護協会内（訪問看護支援事業）　　**TEL ： 098 － 888 － 3155**