**※キャンセル・日程の変更は原則できません。**

　研修生の受入れにあたり、同行訪問先のご利用者様やご家族に了承をいただくなど、関係先にご協力をいただき、諸所の調整をしておりますので、**必ず参加可能な日程でお申込みください。**

※当ステーション以外の教育ステーションでの研修を受けたことがある（予定含む）方はお申込み頂けません。

訪問看護研修　申込書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込日 | | | | | 平成 | |  | | | | 年 | | |  | | | 月 | |  | | | 日 | |
| 氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | 資格 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | 女  男 | | | | 西暦　　　年　　月　　日  　　　　　満　　　　歳 | | | | | | | | | | | | | | 看護師　准看護士  保健師　助産師 | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 〒 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 教育ステーションや東京都からご連絡を差し上げて差支えのない連絡先をご記入ください。（アンケートのお願い等、後日連絡を差し上げる場合がございます。） | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEL | | |  | | | | | | | | | | | | FAX | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| e-mail | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 看護職歴 | 医療機関 | | | | | | |  | | 年 | 訪問看護 | | | |  | | | | | 年 | | | | トータル | | | |  | | | | 年 | | |
| 離職期間 | | | | | | |  | | 年 | その他 | | | |  | | | | | 年 | | | |
| 応募動機  (複数回答可) | 訪問看護の実践的な研修を受けるため | | | | | | | | | | | | 他職種との連携方法等を学ぶため | | | | | | | | | | | | | | | | | 職場の上司に勧められたため | | | | | | | | | | | | | | | |
| 在宅療養に興味・関心がある | | | | | | | | | | | | 訪問看護に興味・関心がある | | | | | | | | | | | | | | | | | 退院調整に興味・関心がある | | | | | | | | | | | | | | | |
| 看看連携に興味・関心がある | | | | | | | | | | | | 訪問看護師への転職を視野に入れている | | | | | | | | | | | | | | | | | 復職を前提に体験 | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他（ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ） | | |
| 申込みの  きっかけ | 東京都福祉保健局のHPや広報誌など | | | | | | | | | | | | 教育ステーションのHP | | | | | | | | | | | | | | | | | 東京都ナースプラザ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 職場の上司、同僚から | | | | | | | | | | | | 家族、知人から | | | | | | | | | | | | | | | | | 訪問看護eラーニング(日本訪問看護財団) | | | | | | | | | | | | | | | |
| ステーション連絡会、研修会など | | | | | | | | | | | | その他（ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ） | | |
| 本体験の目的、学びたいこと |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 希望事項 | 希望日数 | | | | | | | | 希望研修日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 所属先承諾 | | | | | |
|  | | 日間 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 有　無 | | | | | |
| ＊以下該当するところに記載してください。  ■現在、訪問看護ステーションに勤務中の方 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 勤続年数 | | | | | | | |  | | | | 年 | |  | | か月 | | | |
| 勤務形態 | | | | | | | | 常勤　　非常勤 | | | | | | | | | | | |
| 看護職員  配置状況 | 実人数 | | | | | | | | 常勤換算数  (常勤+非常勤) | | | | | PT/OT/ST  配置状況 | | | | | | | 実人数 | | | | | | | | | | 常勤換算数  (常勤+非常勤) | | | | | | 24時間対応体制 | | | | | | | | |
| 常勤 | | | | | 非常勤 | | | 常勤 | | | | 非常勤 | | | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | 有　無 | | | | | | | | |
| ■現在、離職中の方 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 離職期間 |  | | 年 | | | |  | | か月 | | | 離職理由 | | | | | | 結婚　育児　介護　転居　訪問看護師になるため　その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ■現在、医療機関にお勤めの方 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先名 |  | | | | | | | | | | | 部署 | | | | | | 急性期病棟　回復期病棟　慢性期病棟　その他病棟  外来　退院調整室　診療所　その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ■通信欄（質問など） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |