

様式1

令和6年度看護師在宅医療派遣研修事業申込書

申込者名前 (ふりがな)	( )
生年月日	
住 所	
連絡先	自 宅 : ( ) 携帯電話 : ( ) その他 : ( )
勤務先	施設名 : 住 所 : 連絡先 : ( )
看護師等資格 (該当するものに○印)	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 準看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> その他 ( )
研修先※1	① _____ 希望理由  ② _____ 希望理由  ③ _____ 希望理由
研修日数※2	1 日   ・  2 日   ・  3 日

※1 希望する訪問看護ステーションと調整済みの場合は①にご記入ください。

未調整の場合は第3希望までご記入ください。

※2 希望する日数に○を記入してください。

ご不明な点等、何かあれば保健企画課までご連絡ください。