別紙３

令和元年度　医療機関看護師等の同行訪問看護研修申込書

この用紙は、訪問看護ステーションへ直接ＦＡＸでお送りください。

送付先

訪問看護ステーション名　　　　　　　　　　　　　　　　ご担当者　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 所属施設名称 |  |
| 所属施設住所 | 〒TEL：　　　　　　　　FAX： |
| 所属部署 |  |
| 職種 |  |
| 経験年数（通算） |  |
| 連絡先（携帯番号） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 研修希望時期 |  |
| 訪問したい対象者(例：小児、在宅酸素使用者等) |  |
| 研修において学びたいこと |  |

　　　　年　　　月　　　日

　上記の者を訪問看護ステーションの同行訪問看護研修に申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| ＜日程調整担当者＞ |  |
| 所属施設／部署 |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先 |  |