

訪問看護師養成講習会個人票

|   |                          |                       |            |            |                  |
|---|--------------------------|-----------------------|------------|------------|------------------|
| 1 | フリガナ                     |                       |            |            | 性別 男 ・ 女         |
|   | 氏名                       |                       |            |            | 昭和 / 平成 年 月 日生 歳 |
|   | 住所                       | 〒                     |            |            | TEL              |
|   |                          |                       |            |            | Eメール<br>アドレス     |
| 2 | 取得免許<br>(取得免許すべて記入して下さい) | 保健師 (No. )            | 助産師 (No. ) | 看護師 (No. ) | 准看護師 (No. )      |
| 3 | 現在の就業状況                  | 就 業 中 未 就 業           |            |            |                  |
|   | 就業施設名                    |                       |            | 職位         |                  |
|   | 勤務形態                     | 常 勤 非 常 勤 そ の 他       |            |            |                  |
|   | 就業施設住所                   | TEL                   |            |            |                  |
| 4 | 看護職としての経験年数及び経験内容        |                       | 経験年数合計 年   |            |                  |
|   | 施設名                      | 主な業務内容<br>(主な診療科名等)   | 職 位        | 在 職 期 間    | 年 数              |
|   |                          |                       |            |            |                  |
| 5 | 看護協会への入会 (令和元年度)         | 入会している                |            | 入会していない    |                  |
|   |                          | 宮城県 会員番号 ( )          |            |            |                  |
| 6 | ・あなたの施設で訪問看護を実施していますか。   |                       | はい         | いいえ        |                  |
|   |                          | ・あなたは訪問看護に従事していますか。   |            | はい         | いいえ              |
|   |                          | ・あなたは介護支援専門員の資格がありますか |            | あり         | なし               |

※申込の際は、看護資格免許証のコピーを添付して下さい。

※年齢、経験年数等は令和元年年 8 月 1 日付でご記入下さい。