

訪問看護ステーション体験・研修 申込書

ふりがな 氏名		男	生年月日		
		女	昭和 平成	年	月
住所	〒				
所属	※有職者の方は勤務先、所属病棟(科)をご記入ください。				
連絡先	TEL:				※ご希望の連絡方法 に○をしてください。
	FAX:				
	E-mail:				
下記の項目にご記入ください (該当するものに○、またはご記入ください)					
資格	看護師	准看護師	保健師	助産師	その他 ()
経験年数	看護職経験:			年	
	病棟経験:			年	
	訪問看護ST経験:			年	
	その他の経験:			年	
離職期間	通算:			年	
希望コース (○をつけて ください)	() 体験コース	半日間	希望ST あれば下欄に2カ所まで記載してください。 無ければ空白で結構です。		
	() 体験コース	1日間			
		1			
		2			
体験してみたいこと。					
質問等					

※お預かりした個人情報は、教育ステーション事業の円滑な運営以外の目的で利用することはありません。

申し込み先 シャローム訪問看護ステーション

FAX: 072-224-7705