

2019年度「訪問看護eラーニング」を活用した訪問看護師養成講習会
受 講 申 込 書

申込年月日： 年 月 日 / 申込責任者

会員の有無	1. 会員（山形県看護協会会員番号) 2. 非会員	
訪問看護従事の有無	1. 有（従事年数 年 ヲ月）		2. 無	
その他の経験年数	・医療機関 年		・その他（ ） 年	
取得資格	1. 保健師	2. 助産師	3. 看護師	4. 准看護師
勤務職種	1. 保健師	2. 助産師	3. 看護師	4. 准看護師
(フリガナ) 氏名	()	生年月日	(満 歳)	
		性別	1. 男	2. 女
自宅住所	(〒 ー) 県			
TEL(自宅)	— —			
TEL(携帯)	— —			
パソコン用メールアドレス				
勤務施設	勤務先			
	所属先	1. 訪問看護ステーション	2. 医療機関の訪問看護	3. 診療所(外来・病棟)
	住所	(〒 ー) 県		
	TEL(内線)	—	—	()
推奨環境チェック 体験版の視聴	※1	1. 視聴できた	2. 視聴できなかった	
利用規約・ 注意事項への同意	※2	1. 同意する	2. 同意しない	

(注) * 該当する番号に○をつけ、その他は、必要事項をご記入ください。

* eラーニングを受講するためには、「※1」のチェックが済んでいること、「※2」への同意が必要です。

「※1」:日本訪問看護財団のホームページ上の「訪問看護eラーニング」体験版が問題なく視聴できるか必ずご確認ください。

「※2」:山形県看護協会のホームページに記載されておりますので、熟読のうえご記入ください。

<個人情報の取り扱い>

本会の個人情報保護法規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。本研修申込みに際して提供いただく個人情報は、研修会に伴う書類作成、発送に用い、この利用範囲を超えて個人情報を取り扱うことはいたしません。

※申込書は協会ホームページよりダウンロードできます。