

令和3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		ヵ月）		
その他の経験年数	・医療機関		年		・その他（		
取得資格	1. 保健師		2. 助産師		3. 看護師		
勤務職種	1. 保健師		2. 助産師		3. 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	（〒						
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	（〒					
	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。
 * 看護職賠償責任保険に加入していない場合は、実習期間のみ看護協会に加入いたします。
 * 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。