

ステーション勤務者用

※キャンセル・日程の変更は原則できません。
 ⇒研修生の受入れにあたり、同行訪問先のご利用者様やご家族に了承をいただくなど、関係先にご協力をいただき、諸所の調整しておりますので、**必ず参加可能な日程でお申込みください。**
 ※当該ステーション以外も含め、教育ステーションでの研修を受けたことがある(予定含む)方はお申込み頂けません。

訪問看護ステーション研修 申込書

★基本情報

				申込日	平成	年	月	日
氏名	フリガナ			性別	年代(該当に○)			資格(該当に○)
				男・女	1 20代 2 30代 3 40代 4 50代 5 60代以上			1 看護師 2 准看護師 3 保健師 4 助産師
連絡先	住所	〒						
	TEL			FAX				
	E-mail							
教育ステーションや東京都からご連絡を差し上げて差支えない連絡先をご記入ください(アンケートのお願い等、後日ご連絡を差し上げることがあります)。								
看護職歴	(トータル) 年	(内訳)	医療機関 訪問看護 離職期間 その他	年 年 年 年	応募動機 (該当に○)	1 訪問看護の実践的な研修を受けるため 2 他職種との連携方法等を学ぶため 3 職場の上司から勧められたため 4 その他()		
教育ステーションを知ったきっかけ(該当に○)	1 東京都福祉保健局のホームページや広報誌等 2 教育ステーションのホームページ 3 東京都ナースプラザ 4 職場の上司から 5 知人から 6 訪問看護eラーニング(日本訪問看護財団) 7 ステーション連絡会、研修会等 8 その他()							
本研修の目的、学びたいこと								
希望日数・日時・研修内容	【日数】	【希望日】	【希望内容】					本研修申込の所属先承諾
	日間							有・無

★お勤め先の訪問看護ステーションについてご記入ください

勤務先ステーション名			勤続年数	年 月
			勤務形態	常勤 ・ 非常勤

職員配置状況(看護職員)

看護職員	実人数		常勤換算数 (常勤+非常勤)
	常勤	非常勤	
	人	人	人

職員配置状況(PT/OT/ST)

PT/OT/ST	実人数		常勤換算数 (常勤+非常勤)
	常勤	非常勤	
	人	人	人

24時間対応体制	有・無
----------	-----

★通信欄 (質問など)

※ 体験・研修生には、研修最終日及び体験・研修終了後数か月後の2回、アンケートにご協力いただきます。

医療機関等勤務者・離職者用

※キャンセル・日程の変更は原則できません。
 ⇒研修生の受入れにあたり、同行訪問先のご利用者様やご家族に了承をいただくなど、関係先にご協力をいただき、諸所の調整をしておりますので、**必ず参加可能な日程でお申込みください。**
 ※当該ステーション以外も含め、教育ステーションでの研修を受けたことがある(予定含む)方はお申込み頂けません。

訪問看護ステーション研修 申込書

★基本情報

				申込日	平成	年	月	日
氏名	フリガナ			性別	年代(該当に○)			資格(該当に○)
				男・女	1 20代 2 30代 3 40代 4 50代 5 60代以上			1 看護師 2 准看護師 3 保健師 4 助産師
連絡先	住所	〒						
	TEL		FAX					
	E-mail							
看護職歴	(トータル)			(内訳)	医療機関	年		
	年			訪問看護	年			教育ステーションや東京都からご連絡を差し上げて差支えない連絡先をご記入ください(アンケートのお願い等、後日ご連絡を差し上げることがあります)。
				離職期間	年			
				その他	年			
応募動機 (該当に○、複数回答可)	1 在宅療養に興味・関心があった 2 訪問看護に興味・関心があった 3 退院調整に興味・関心があった 4 看看連携に興味・関心があった 5 職場の上司から勧められた 6 訪問看護師への転職を視野に入れて 7 復職を前提に体験をした 8 その他(
教育ステーションを知ったきっかけ (該当に○)	1 東京都福祉保健局のホームページや広報誌等 2 教育ステーションのホームページ 3 東京都ナースプラザ 4 職場の上司から 5 知人から 6 訪問看護eラーニング(日本訪問看護財団) 7 ステーション連絡会、研修会等 8 その他(
本体験の目的、学びたいこと								
希望日数・日時・研修内容	【日数】	【希望日】		【希望内容】				本体験申込の所属先承諾
	日間							有 ・ 無

★現在離職中の方はご記入ください

現在の離職期間	年	か月	離職された理由	1 結婚 2 育児 3 介護 4 転居 5 訪問看護師になるため 6 その他()
---------	---	----	---------	--

★現在医療機関にお勤めの方はご記入ください

医療機関名		部署	1 病棟(急性期・回復期・慢性期・その他) 2 外来 3 退院調整室 4 診療所 5 その他()
-------	--	----	--

★通信欄 (質問など)

※ 体験・研修生には、研修最終日及び体験・研修終了後数か月後の2回、アンケートにご協力いただきます。