

令和5年度訪問看護体験型研修申込書

FAX:017-735-3836

申込日 令和 年 月 日

1. 連絡先をお知らせください。

| 参加者氏名 | | 氏 名 | ふりがな | 名 名 | ふりがな | 男・女 | 年齢 | 歳 |
|-------------|-------------------------|-----|------|-----|------|-----|----|---|
| 連 絡 先 | 自宅住所 | 〒 | | | | | | |
| | 日中において 連絡可能な 電話番号 | — — | | | | | | |
| | お勤めの方 勤務先/職種 | / | | | | | | |
| | 学生の方 学校名/学科 | / | | | | | | |

2. 希望するコースに○をつけて、希望日を記載してください。

| 希望コース | 第1希望の日程 | 第2希望の日程 |
|-------|---------|---------|
| Aコース | / | / |
| Bコース | / ~ / | / ~ / |

3. 体験希望の訪問看護ステーションを、各コースの協カステーション（チラシ裏面参照）からお選びください。

| 体験希望の訪問看護ステーション名 | |
|------------------|--|
| 第1希望 | |
| 第2希望 | |

4. アレルギーの有無について教えてください。該当する箇所に○印をつけてください。

| | |
|----------|----------------------------|
| アレルギーの有無 | 有 り ・ 無 し |
| アレルゲン | 犬・猫・ハウスダスト・その他（ ） |
| アレルギー症状 | くしゃみ・鼻水・かゆみ・喘息発作 その他（ ） |