

# 香川県訪問看護師養成講習会申込書

eラーニング申込書は不要

作成日 平成 年 月 日

フリガナ			生年月日	会員( ) 非会員( )
氏名			昭・平 年 月 日 歳	
自宅住所	〒 -			
	連絡先(自宅・携帯) TEL - -			
本人用PCメールアドレス (携帯電話メールアドレスは不可)	*受講に際しユーザーID及びパスワードが発行される			
eラーニング体験版の視聴	視聴済( ) ・ 視聴未( )			
取得免許の種類				
免許	取得年月	免許	取得年月	
保健師	年 月	看護師	年 月	
助産師	年 月	准看護師	年 月	
その他の資格: 介護支援専門員 その他( )				
現在の状況 就業 ・ 未就業				
看護職歴	施設名	所属科	在職期間	勤務年数
			年 月～ 年 月	年 月
			年 月～ 年 月	年 月
			年 月～ 年 月	年 月
			年 月～ 年 月	年 月
			年 月～ 年 月	年 月
	勤務経験年数 計			
受講希望の事由				
駐車場利用	あり	なし		

上記のとおり参加の申込をします。

平成 年 月 日

施設名 \_\_\_\_\_

会員代表者 \_\_\_\_\_

## 確認事項

- 締切日: 平成29年5月31日(水)
- 申込方法: メールでお申し込みください。メールアドレス: [k-kango@smile.ocn.ne.jp](mailto:k-kango@smile.ocn.ne.jp)  
件名に必ず「29 訪問講習会申込」と記載してください。
- 受講料および駐車料の納入は次の方法により応募期間内にお願ひします。いずれかに○印をつけてください。
  - ( ) 銀行振込(百十四銀行国分寺支店 普通 0520997 (公社) 香川県看護協会 代表理事 中村 明美)
  - ( ) 郵便局振込(01660-3-37803 香川県看護協会)