

青森県訪問看護総合支援センター行き  
令和6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 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/E-mail	TEL :                   —                   —	E-mail :	
	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
<input type="checkbox"/>	Aコース（入門）	月 日（ ）	月 日（ ）
<input type="checkbox"/>	Bコース（インターンシップ）	月 日（ ）	月 日（ ）
<input type="checkbox"/>	Cコース（看護実践研修）	月 日（ ）～ —— 日間	月 日（ ）～ —— 日間

3. 研修目的と体験研修希望訪問看護ステーション名を記載してください。

研修目的		
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（該当箇所に○印を記載する）。

アレルギーの有無	有 り ・ 無 し
アレルギー	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（                   ）