

青森県訪問看護総合支援センター行き
令和7年度訪問看護体験型研修申込書
FAX:017-735-3836

1. 連絡先をお知らせください。 申込日 令和 年 月 日

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 : ー ー 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
☐	Aコース（入門コース）	月 日（ ）	月 日（ ）
☐	Bコース（訪問看護実践コース）	月 日（ ） —— 日間	月 日（ ） —— 日間

※Bコース希望者のうち、隔日で研修を受講したい方は希望日を全て記載してください。

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（ ）

5. この研修を何で知りましたか。（該当箇所に○印を記載する。複数回答可）

研修チラシ・ホームページ・上司・知人の紹介・その他（ ）
