

母子訪問ステーション 山本
(山本助産院内)

mail: sango_station_yamamoto@jcom.zaq.ne.jp

母子訪問看護研修 申込書

申込日

ふりがな 氏名		年齢		
		資格等		
住所		経験年数		
		電話		
		携帯		
mail				
勤務先				
希望する 研修	研修内容	研修費	受講希望	希望時間帯
	1) 母子への訪問看護または開業について (助産師による研修) 1時間あたり	¥10,000		午前・午後・いつでも
	2) 訪問看護事務および開業準備について (事務担当者による研修) 1時間あたり	¥10,000		午前・午後・いつでも
	3) 同行訪問 1件	¥10,000		午前・午後・いつでも
	4) 1日研修 レクチャーおよび同行訪問	¥20,000		
研修希望日	月 日() 月 日() 月 日() 月 日()			
候補日を複数記入お願いします ※1) は原則午後の研修となります 3) は午前/午後のご希望に添えない場合もあります				
研修希望理由 (あてはまるものに☑ もしくはその他に記入してください)				
<input type="checkbox"/> 1. 開業を検討中もしくは開業準備中				
<input type="checkbox"/> 2. 既存の訪問看護ステーションで、新たに母子への訪問を開始した/する または 開始を検討				
<input type="checkbox"/> 3. すでに母子への訪問看護を行っており、より学びたい				
<input type="checkbox"/> 4. 具体的な目標はないが、興味がある				
<input type="checkbox"/> 5. その他 (以下に記入してください)				
自由記入欄 (研修で聞きたいこと等あれば、ご記入ください)				

<備考> ・同行訪問研修は、現地集合もしくはステーション集合となります。こちらよりお知らせいたします。
・当申込書は、右上のアドレスまで、メールにてご提出ください。5日以上経っても返信がない場合は、ご連絡 (TEL : 045-783-6352) をお願いいたします。