**2024年度　新人訪問看護師研修申込用紙**　　　　　（様式4）

**※提出は郵送でお願いいたします（4/20必着）　　　　　　　　　　　　　(申込日　　月　　日)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属施設名 |  | TEL |
| FAX |
| 施 設 住 所 | 〒　　　－　 |
| フリガナ |  | 長野県看護協会 | 会　員 | 非会員 |
| 氏　名 |  | 会員番号(6ｹﾀ) |  |  |  |  |  |  |
| 生　年　月　日 | 性　別 |
| （西暦）　　　年　　　月　　　日生 | 男　　　女 |
| 自宅住所 | メールアドレス(@netlearning.co.jpと@nursen.or.jpからのメールを受信可能に設定して下さい)  | 電話番号(受講者本人） | 職　種(いずれかに○) |
| 〒　　　－ |  |  | 保・助・看・准 |
| 訪問看護eラーニング体験版(日本訪問看護財団ホームページ)を閲覧し、スライド・音声・参考映像の視聴及びテストの送信が問題なく行えることを、受講時に使用するパソコン・タブレット・スマートフォン等において確認しました。また、利用規約・注意事項について同意いたします。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受講者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 実習用保険加入の種類※看護職賠償責任保険加入の有無について、ご自身の勤務先に必ず確認の上、1.2.のいずれかに○をしてください。 |
| 1.　基本補償(Will)のみ(看護職賠償責任保険へ既に加入している方) | 2.　基本補償(Will)＋追加補償(e-kango)(看護職賠償責任保険未加入者) |
| （施設の優先順位　　　　）（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿を新人訪問看護師研修の受講者として推薦します。なお、受講者として決定の際は、訪問看護eラーニングを定められた期間内に修了するとともに、集合研修・修了実習への参加も含め、施設として責任をもって支援いたします。月　　日　　管理者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

公益社団法人　長野県看護協会