

2025 年度 看護力再開発研修会 申込用紙

(様式 3)

送付先：長野県看護協会へ郵送

該当するものに○をつけ、必要事項を記入してください。

☐ 病 院コース 会場名 _____ 開始日 _____ 月 _____ 日 ~ _____		
☐ 助産師コース (申込期間は開始 3 週間前まで)		
☐ 福祉施設コース 会場名 _____ 開始日 _____ 月 _____ 日 ~ _____ (申込期間は開始 2 週間前まで)		
技術演習コース ☐ 採血・輸液 会場名 松本 ・ 長野 開始日 _____ 月 _____ 日 ~ _____ ☐ 尿道留置カテーテルコース ☐ 急変時の対応 (申し込みは開始 2 週間前まで)		
☐ 訪問看護見学コース 希望する訪問看護ステーション _____ 見学希望 _____ 月 頃 (具体的に希望する訪問看護ステーションがある場合は記載) (申込期間は希望 1 ヶ月前まで)		
フリガナ		取 得 免 許
氏 名	年齢 ()	保健師・助産師・看護師・准看護師
		電話番号
自宅住所	〒 _____	
実務経験年数 (複数回答可)	※1 研修のカリキュラム作成に必要ですので、記載をお願いします。 ・保健師 () 年 ・助産師 () 年 ・看護師 () 年 ・准看護師 () 年 就業経験のある主な施設 ①病院 ②診療所 ③訪問看護ステーション ④市町村 ⑤福祉施設 () ⑥その他 ()	
現在の状況 (看護職として)	1 就 業 中 (常 勤 ・ 非 常 勤) ①病院 ②診療所 ③訪問看護ステーション ④市町村 ⑤福祉施設 () ⑥その他 () 2 離 職 中 離職中の方は、離職年を記入してください。 西暦 (年 月 頃) 退職	
研修会中の 託児利用 (無 料)	1 託児を希望する ↓ ・託児を希望するお子さんの人数 (人) 年齢 (歳 カ月) (歳 カ月) (歳 カ月) ・利用予定施設 () ※2 院内保育は、月齢によって利用できない場合があります。 ※3 院外保育は、受講者自身で託児施設を探してください。費用は、後日補填します。	
研修会に対する希望など		

※＜個人情報に関する取扱い＞ 個人情報は長野県看護協会個人情報保護規定により適正に管理します。

問合せ先 公益社団法人 長野県看護協会 ナースセンター部 TEL：0263-35-0067