

## 訪問看護ステーション体験・研修 申込書

ふりがな				男・女	生年月日	
氏名				昭和 平成	年	月 日
住所	〒					
所属	※有職者の方は勤務先をご記入ください					
連絡先	TEL				※ご希望の連絡方法に○をしてください。	
	FAX					
	E-mail					
下記の項目で該当するものに○を、または必要事項を記載してください						
資格	看護師 准看護師 保健師 助産師			理学療法士 作業療法士		
経験年数	看護師職経験:		年	実務経験: 年		
	病棟経験:		年			
	訪問看護ST経験:		年			
希望コース	半日コース ・ 1日コース					
体験してみたいこと						
質問などありましたらどうぞ。						

申し込み先: 訪問看護ステーション友楽園  
FAX: 06-6772-2934