**2024年度「訪問看護人材育成基礎カリキュラム」の申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ氏名 |  |
|  |
| 生年月日（西暦） |  |
| 年齢 |  |
| 住所(自宅) | 〒 |
| 受講される方の電話番号（携帯も可能） |  |
| E-mail（半角）　 | **（携帯・スマートフォンのメール不可）**　　　　　　　　　＠ |
| 保有資格＊現在就業している資格に〇をつけてください。 | (　　)保健師 |
| (　　)助産師 |
| (　　)看護師 |
| (　　)准看護師 |
| 所属施設名 |  |
| 所属の住所 |  |
| 所属の電話番号 |  |
| 同意の有無について　同意する場合は〇をつけてください。１．Eラーニングシステム利用規約に同意されますか？　　　（　　）同意する２．eラーニング受講に際しての注意事項に同意されますか？（　　）同意する　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |