実習担当者　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　書式E

訪問看護関連研修会　施設実習　事前提出書

※実習施設宛に郵送してください（実習日の前々月20日まで）

|  |  |
| --- | --- |
| 実習施設 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 研修区分 | □訪問看護従事者研修会（新任者編）□訪問看護従事者研修会（管理編）☑在宅看護（入退院支援）研修会 |
| 実習生氏名 |  |
| 実習生勤務施設　名称 | ＊勤務されていない場合は、「勤務無し」とご記入ください。＊病院の場合は、病棟や外来の区別、診療科をご記入ください。 |
| 勤務施設　住所 |  |
| 勤務施設　電話 |  |
| 緊急時連絡先 | 携帯電話： |
| 実習日 | 令和5年　　月　　　日（　　）・　　　月　　　日（　　） |
| 実習目的・具体的に学びたいこと |  |
| その他 | ＊アレルギー等、実習にあたり実習施設に配慮頂きたいことがある場合はご記入ください。 |

＊実習施設や利用者様の状況により、希望に沿えないことがあります