全国ホームホスピス協会　ホームホスピスの学校

まなぶコース受講申込書

申込日　　年　　月　　日

ふりがな			
氏　名			
開始希望月	6月　・　10月		
生年月日	西暦　　年　　月　　日　（　　歳）（　　年　　月現在）		
現住所	〒		
TEL		携帯	
E-MAIL	@gmail.com　**（Gmailアドレスを記載ください）** ※講座の受講にあたりGoogleのアカウントが必要となりますので、受講前にご準備下さい。		
所有資格	□看護師　□認定看護師（　　）　□介護支援専門員　□介護福祉士 □介護職員初任者研修　□ホームヘルパー(　　)級 □なし　□その他（　　）		
現在の勤務先	実務経験年数　　年		
受講動機			
座学テキストとして 「ホームホスピスの基準改訂版」を使用します	持っている　・　購入希望（1,000円）		

＊オンライン講座はGoogleClassroomを利用しますのでGoogleアカウント（Gmailアドレス）が必要となります。

＊体験実習をご希望の方は、受講開始後にお知らせください。

＊研修途中で「つくるコース」への変更を希望される場合は、事務局までご連絡ください。