

全国ホームホスピス協会 ホームホスピスの学校
つくるコース受講申込書

申込日 年 月 日

ふりがな				写真貼付
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	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 認定看護師 () <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー()級 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 ()			
現在の勤務先				実務経験年数 年
受講動機	別紙A4 1枚程度提出ください			
現場研修 <small>要項P4 認定ホームホスピス参照</small>	*ケアリーダーとなる方のみご記入ください 第1希望： 第2希望：			
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)			
ホームホスピス開設予定地	(都・道・府・県)		(区・市・町・村)	
ホームホスピス開設時の運営形態	<input type="checkbox"/> NPO法人 (運営している・これから設立する) <input type="checkbox"/> 一般社団法人 (運営している・これから設立する) <input type="checkbox"/> まだ決めていない <input type="checkbox"/> その他 ()			
ホームホスピスを一緒に開設する仲間	<input type="checkbox"/> いる…一緒に受講 (氏名：) <input type="checkbox"/> 一人で受講予定 <input type="checkbox"/> いない			
ホームホスピスを開設時の役割	<input type="checkbox"/> ホームホスピスケアリーダー <input type="checkbox"/> ホームホスピスケアスタッフ <input type="checkbox"/> 運営法人役員 <input type="checkbox"/> 事務スタッフ <input type="checkbox"/> その他 ()			
ホームホスピス開設時の協力者・協力機関	(例：〇〇医院 ・ 地域の自治会長 ・ △△訪問看護ST)			

- * 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。
- * 座学②、現場実習へ進む前に面接を実施いたします。
- * 現場実習は、認定ホームホスピス (パンフレットP.4参照) より選択してください。
- * ひとつのホームホスピスを開設する仲間3名まで一緒に受講できます。それぞれ申込書をご提出ください。