

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)		
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			
希望コース	<input type="checkbox"/> 専門コース <input type="checkbox"/> 一般コース		
現場研修 (専門コース)	第1希望： 第2希望：		

* 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。

* 現場実習は、認定ホームホスピス (ホームページ参照) より選択してください。

* 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。