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）**	
所有資格	□看護師　□認定看護師（　　）　□介護支援専門員　□介護福祉士 □介護職員基礎研修　□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	別紙A４　1枚程度提出ください	
現場研修 (別紙一覧参照)	第1希望：　　第2希望：	

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	□NPO法人　（運営している・これから設立する） □一般社団法人（運営している・これから設立する） □まだ決めていない □その他（　　）
ホームホスピスを一緒に開設する仲間	□いる…一緒に受講（氏名：　　・　　） 一人で受講予定 □いない
ホームホスピスを開設時の役割	□ホームホスピスケアリーダー □ホームホスピスケアスタッフ　□運営法人役員 □事務スタッフ　□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（ホームページ参照）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名まで一緒にで受講できます。それぞれ申込書をご提出ください。