

**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	<b>@gmail.com</b> (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			
テキストの有無 (ホームホスピスの基準) ※2025年改訂版の「ホームホスピスの基準」を使用しますのでお持ちの場合には記載下さい。	持っている (※お持ちの方のみ○を記載して下さい)		
受講のきっかけ	<input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> 雑誌広告 <input type="checkbox"/> SNS・ホームページ <input type="checkbox"/> 研修会・講演会 <input type="checkbox"/> その他 (            )		

\* テキスト「ホームホスピスの基準」は受講料に含まれます。

\* 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。