訪問看護従事者研修会（新任者編）研修会　施設実習に関する調査表　　　　　　書式C

|  |  |
| --- | --- |
| 受講者番号・氏名 | 受講者番号　　　　　　　氏名 |
| 実習施設場所の希望  ※希望に添えないことがあります | □所属施設のある市町村を希望する→市町村名  □自宅のある市町村を希望する　　→市町村名 |
| 実習に関して急な連絡が  必要な場合の連絡先  ※優先順位1.2について記載してください | 優先順位1　□所属施設　□個人携帯　□その他  　　　　　　電話番号  優先順位2　□所属施設　□個人携帯　□その他  　　　　　　電話番号 |
| 保険加入の状況と希望 | 1. 実習中の事故に対応できる保険加入の有無   　（日本看護協会看護職賠償責任保険制度　等）  □加入している  □加入していない   1. 加入していない場合   看護専門職の研修補償制度「will＆e-kango」加入希望の有無  　□加入を希望する→下記に必要事項をご記入ください  　□加入は希望しない  ※加入手続きは本会で行います。  ※保険料1,550円は個人負担。後日送付する払込取扱票により、  　お支払いください。 |
| 看護専門職の研修補償制度「will＆e-kango」加入を  希望する方 | 自宅住所；〒  生年月日；（西暦）　　　　年　　　月　　　日 |

【提出】　第1回6/1に持参またはメール送信ください

　　　　　　　　　　　　　　　　　　【お問い合わせ先】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　公益社団法人新潟県看護協会訪問看護推進課

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担　当；今出　小野　阿部

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話；025-265-4188

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　e-mail；[houmon▲niigata-kango.com](mailto:houmon@niigata-kango.com)

＊メールする際は、「▲」を「＠」に置き換えてご利用ください。