

令和 8 年度 訪問看護スタートアップ研修 受講申込書

申込日： 年 月 日

所 属	
ふりがな 氏 名	

研修プログラム	研 修 期 間	希望のコース に○を記入し てください
新卒コース (12 ヶ月)	令和 8 年 4 月 21 日 (火) ～令和 9 年 3 月 16 日 (火)	
新任コース (6 ヶ月)	【前期】 令和 8 年 4 月 21 日 (火) ～9 月 24 日 (木)	
	【後期】 令和 8 年 10 月 13 日 (火) ～令和 9 年 3 月 16 日 (火)	
ジェネラルコース (20 日間)	【前期】 令和 8 年 5 月 12 日 (火) ～7 月 16 日 (木)	
	【後期】 令和 8 年 10 月 13 日 (火) ～12 月 17 日 (木)	
	【通年】 令和 8 年 5 月 12 日 (火) ～12 月 17 日 (木) ※申込期間は前期と同じ	

大学から通知を送信しますので、連絡のとれるメールアドレスをご記入ください(必須)

メールアドレス	@
---------	---

高知県中山間地域等訪問看護師育成事業費補助金の利用を希望する方へ
別途、高知県健康政策部在宅療養推進課に補助金のお申し込みが必要です。
補助金の詳細は、同課のホームページをご覧ください。

【補助金についてのお問い合わせ、お申し込み先】

高知県健康政策部在宅療養推進課 TEL : 088-823-9848

<https://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/131401/>