

令和 7 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		ご希望枠記入欄 希望される枠に○を入れてください
*1 新卒枠	(12 ヶ月)	
*1 中山間枠	(6 ヶ月) 新任スタンダードコース	前期 ・ 後期
	(6 ヶ月) 新任セカンドコース	前期 ・ 後期
	(3 ヶ月) 新任サードコース	前期 ・ 後期
全域枠	(3 ヶ月)	前期 ・ 後期
	(6 ヶ月) 通年コース ※申込期間は前期のみ	

連絡のとれるメールアドレス(Gmail アドレス推奨)をご記入ください(必須)

※大学からの連絡（講義の休講等）に Google カレンダーを使用するため、Gmail アドレスをお持ちでない場合は受講決定後に取得いただきます。ご不明な点がございましたら、高知県立大学までお問合せください。

メールアドレス	@
---------	---

*1 高知県中山間地域等訪問看護師育成事業費補助金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/>