|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公益社団法人大阪府看護協会  **2019年度　研 修 申 込 書** | | | | | | | | | | | | | | 協会記入欄▼ | |
| コース番号 | | コース名　※1申込書／1コース | | □会員　大阪府会員番号 | | | | | | | □  非会員 | 主たる免許の実務経験  　　　　　 年  ヵ月 | | 職能   * 保健師 * 助産師 * 看護師 | 性別  男 ・ 女 |
| 304 | | 大阪市看護職員認知症  対応力向上研修 | |  |  |  |  | |  |  |
| ※継続手続き中の方も会員番号を記載して下さい。  新規入会手続き中の方は手続き中と記入して下さい | | | | | | |
| ふりがな | |  | | | | | | 生年月日 | | | | | | | 年齢 |
| 氏名 | |  | | | | | | 昭和  年　　月　　日 | | | | | | | 歳 |
| 平成 | | | |  | | |
| ふりがな | |  | | | | | | | | | | 施設№ | | 病床数 | |
| 施設名 | |  | | | | | | | | | |  | | 床 | |
| 施設住所  電話番号 | | 〒　　　　　－    ＴＥＬ　　　　（　　 　）　　　　　　　　ＦＡＸ　　　　（　　 　） | | | | | | | | | | | | | |
| 個人会員 | 自宅住所  電話番号 | 〒　　　　　－  ＴＥＬ　　　　（　　 　）　　　　　　　　ＦＡＸ　　　　（　　 　） | | | | | | | | | | | | | |
| ※書類送付先：原則として施設住所へ送付します。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 優先順位 | | 各施設で複数人が申し込まれる場合は必ず優先順位をつけてください。 | | | | | | | | | | | (　　)位 ／ (　　)名中 | | |
| 職位 | | □副院長　　□看護部長職　　　□副看護部長職　　　□看護師長職　　　□副看護師長職  □主任職　　□スタッフ　　　　　 □その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務場所 | | □病棟（　　　　　　　　　　　　　　）　□外来（　　　　　　　　　　　　）　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 専門学歴 | | □大学院　　□看護大学 □看護短大3年 □看護短大2年 □看護3年課程  □看護2年課程 □保健師課程 □助産師課程 □准看護師課程 | | | | | | | | | | | | | |
| 経費 | | □全額自己負担　□一部自己負担　□全額施設負担　□その他(　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | |
| 受講動機 | | 該当する番号に○を付けてください。   1. 研修内容（または講師）に関心・興味がある 6. 他施設の人との情報交換 2. 専門的な知識・技術の習得 7. 自分自身のキャリアアップ 3. 現状の問題・課題達成 8. 上司の勧め 4. 役割としての能力開発 9. その他 5. 人材育成・スタッフ指導・学生指導等 | | | | | | | | | | | | | |
| 推薦者 | | | 「2019年度大阪市看護職員認知症対応力向上研修」に  　　　　　　　　　　　　　　　　を推薦します。　　　　　　看護職の長　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | |
| 同意書 | | | 研修修了者が在籍する病院に対して、地域の認知症医療体制の推進及び管内の認知症の人　及びその家族等の受診の利便性に資するため、研修修了者が在籍する病院として病院名等を公表することについて、同意いたします。  施設長または看護職の長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | |