【付録1】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公益社団法人 大阪府看護協会  労働環境支援事業部　研修申込書 | | | | | | | | | | | | 協会記入欄▼  ◎ 記入上の注意  各欄の該当するところに✔印または○印をつけてください。  会員番号は正確にお書きください。申込書は参加者本人が記入し、必ず原本をお送りください。 |
| コース番号 | 研修名　※1コースにつき申込書1枚 | | □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 * 准看護師 |
| 720 | 健康と生活を大切にした働き方　ヘルシーワークプレイス  を目指して | |  |  |  |  |  |  |
| ※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 |  | | | | | | | | | 年齢  歳 | | 性別  男 ・ 女 |
| 氏名 |  | | | | | | | | |
| ふりがな |  | | | | | | | | | 施設№ | | 病床数 |
| 施設名 |  | | | | | | | | |  | | 床 |
| 施設住所  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 | | | | | | | | | | | |
| 勤務場所  （領域） | □病棟（　　　　　　　　　　　　　　）　□外来（　　　　　　　　　　　　）　　　□学校  □介護保険施設　　　□訪問看護ステーション　　□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　□全額公費負担　□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 | | | | | | | | | | | |
| 患者・利用者からハラスメントを受けた経験がありますか　　　　　　　□はい　　　　　　□いいえ | | | | | | | | | | | | |
| 相談する窓口はありますか　　 □はい　　　　　　　　　　　　　　　　□いいえ | | | | | | | | | | | | |
| 職場の誰に相談しましたか　 □上司（　　　　　　　　　　　）　 □同僚　　　　□その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 講師に対して質問等  があれば記載してください | |  | | | | | | | | | | |

個人情報の取扱い：本研修申込みで得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送に用い、この利用目的の範囲を超えて

個人情報を取り扱うことはありません。