

2021 年度大阪府補助事業「ACP 支援専門人材育成事業 専門人材育成研修」

公益社団法人大阪府看護協会

研修申込書

協会記入欄▼

希望がある場合のみ第1希望に○をしてください		<input type="checkbox"/> 会員 大阪府会員番号 _____ ※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		<input type="checkbox"/> 非会員	主たる免許の実務経験 年 ヵ月	職能 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師
No.304 () No.305 () ご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。						
ふりがな				年齢	性別	
氏名				歳	男・女	
ふりがな				施設No.	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	<input type="checkbox"/> 看護部長職 <input type="checkbox"/> 副看護部長職 <input type="checkbox"/> 看護師長職 <input type="checkbox"/> 副看護師長職 <input type="checkbox"/> 主任職 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> その他()					
勤務場所(領域)	<input type="checkbox"/> 病棟() <input type="checkbox"/> 外来() <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> その他()					
専門学歴	<input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 看護大学 <input type="checkbox"/> 看護短大3年 <input type="checkbox"/> 看護短大2年 <input type="checkbox"/> 看護3年課程 <input type="checkbox"/> 看護2年課程 <input type="checkbox"/> 保健師課程 <input type="checkbox"/> 助産師課程 <input type="checkbox"/> 准看護師課程					
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					
過去に受講したコース(研修会)名						

◎ 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。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。

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。