

2021年度 研修申込書

コース番号	コース名 ※1 申込書/1コース	<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"/> 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	性別 男・女	
307	大阪府看護職員認知症対応力向上研修② (2/1・2/2・2/17の3日間)	<input type="checkbox"/> 非会員					
ふりがな				生年月日	年齢		
氏名				昭和 _____ 平成 _____	年 月 日	歳	
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"/> 副院長 <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	<input type="checkbox"/> 病棟() <input type="checkbox"/> 外来()						
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						
経費	<input type="checkbox"/> 全額自己負担 <input type="checkbox"/> 一部自己負担 <input type="checkbox"/> 全額施設負担 <input type="checkbox"/> 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	「No.307 2021年度大阪府看護職員認知症対応力向上研修②」に _____を推薦します。 看護職の長 _____ 印						
同意書	「看護職員認知症対応力向上研修」修了者の所属施設・氏名について、地域の認知症医療体制の推進及び認知症の人の及びその家族等の受信の利便性の為に、大阪府内市町村及び市町村が設置する地域包括支援センター等に提供することに同意します。 施設長または看護職の長 _____ 印						