

# 研修申込書

協会記入欄▼

<b>コース番号 ※受講第1～第3希望を記入下さい</b> No.346 第1回目(7/31・8/1) ( ) No.347 第2回目(8/30・9/2) ( ) No.348 第3回目(9/18・9/19) ( ) No.349 第4回目(10/23・10/24) ( ) 第1～4回いずれでも可 ( )		<input type="checkbox"/> <b>会員</b> 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"/> <b>非会員</b>	<b>主たる免許の実務経験</b> _____年____月	<b>職能</b> <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師
<b>ふりがな</b> _____		<b>年齢</b> _____歳		<b>性別</b> 男・女		
<b>氏名</b> _____		<b>施設No.</b> _____		<b>病床数</b> _____床		
<b>施設住所</b> 〒 _____		<b>電話番号</b> TEL ( ) FAX ( )				
<b>個人会員</b>	<b>自宅住所</b> 〒 _____	※個人会員の方で、所属施設がある方は施設名を必ず記入ください。				
	<b>電話番号</b> TEL ( ) FAX ( )					
※書類送付先:原則として施設住所へ送付します。						
<b>優先順位</b>	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		
<b>職位</b>	<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( )					
<b>現在の勤務場所</b>	<input type="checkbox"/> 病棟( ) <input type="checkbox"/> 外来( ) <input type="checkbox"/> その他( )					
<b>専門学歴</b>	<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					
※該当箇所を○で囲んでください	<b>COVID19 患者対応の有無</b>		<b>人工呼吸器装着患者の看護の有無</b>			
	(   あり   ・   なし   )		(   あり   ・   なし   )			
<b>受講動機(該当する番号に○をつけてください)</b> 1. COVID-19 軽症・中等症患者の看護に従事予定のため      2. 専門的な知識・技術習得のため 3. 自施設における人材育成・スタッフ指導に役立てるため      4. 基本的知識・技術の再確認のため 5. その他 [ _____ ]						

◎ **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。会員番号は正確にお書きください。