公益社団法人大阪府看護協会

2021年度 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	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	職能
311	病院と在宅医療を担う訪問看護ステーション・福祉関係施設の相互研修 **（ステップⅠ）**	※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		年 カ月	□ 保健師 □ 助産師 □ 看護師 □ 准看護師 □ 社会福祉士 □ ケアマネジャー

ふりがな		年令	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　（　） ※書類送付先:原則として施設住所へ送付します。		
個人会員 自宅住所 電話番号	〒　　－ TEL　（　）　FAX　（　）		

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	□部長職(看護部長)　□副部長職(副看護部長)　□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(領域)	□病棟　□外来部門(　　)　□病院以外の勤務施設(　　)	
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	

見学実習(1日) **実習可能な日を5日以上○をつけてください。**	1/24(月)	1/25(火)	1/26(水)	1/27(木)	1/28(金)	1/31(月)	2/1(火)
	2/2(水)	2/3(木)	2/4(金)	2/7(月)	2/8(火)	2/9(水)	2/10(木)

実習先を決定する際の参考にさせていただきます。	自宅の最寄駅（鉄道会社:　　駅名:　　）

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。