公益社団法人大阪府看護協会

「退院支援強化研修」研 修 申 込 書

協会記入欄▼

コース番号　※どちらか選択してください	□会員　大阪府会員番号	□非会員	主たる免許の実務経験　年　ヶ月	職能 □ 保健師 □ 助産師 □ 看護師 □ 社会福祉士
□ №309 第1回目(11/14・11/17) □ №310 第2回目(2022年3/3・3/5)	※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 氏　名		年令　歳	性別　男・女
ふりがな 施設名		施設№.	病床数　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	□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　□その他(　)	
勤務場所（領域）	□病棟(　)　□外来(　)　□地域連携室(　) □その他(　)	

入退院支援業務の実務経験	約　年　ヶ月	右記の該当するところにチェックをしてください	**入退院支援の実践事例の課題提出について** □事前に提出可能 (1回目受講の方:10月中旬頃の予定 2回目受講の方:1月下旬頃の予定) □提出は難しい(　)

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
過去に受講した研修（退院支援・地域連携・在宅看護に関するもの）	

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。

◎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。