|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **公益社団法人　大阪府看護協会**  **准看護師問題検討委員会　ワークショップ**  **申　込　書**  **FAX　06-6947-6901** | | | | | | | | | | 協会記入欄▼ |
| □会員 大阪府会員番号 | |  |  |  |  |  |  | □　非会員 | 主たる免許の実務経験  　　　　年  ヵ月 | 職能   * 保健師 * 助産師 * 看護師 |
| コース番号 | 研修名 | | | | | | | |
| 709 | | 看護チームにおける役割を明確にし、看護師、准看護師が協働していく  ために  ～好事例の紹介と解決のヒントを  みつけよう！～ | | | | | | |
| ふりがな | |  | | | | | | | 年齢  歳 | 性別  男 ・ 女 |
| 氏名 | |  | | | | | | |
| ふりがな | |  | | | | | | | 施設№ | 病床数 |
| 施設名 | |  | | | | | | |  | 床 |
| 施設住所  電話番号 | | 〒　　　－  ＴＥＬ　　（　　 　）　　　　　ＦＡＸ　　　（　　 　） | | | | | | | | |
| 職位 | | □看護師長職　　□副看護師長職　　　□主任職  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 勤務場所  （領　域） | | □病棟（　　　　　　　　　　　）□外来（　　　　　　　　　　　）  □介護保健施設　　　□訪問看護ステーション  □その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 受講動機 | | 該当する番号に○を付けてください。  □１，研修内容に関心・興味がある　□２．他施設の人との情報交換  □３．現状の問題・課題達成 　□４．上司の勧め  □５．その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| グループワークの参考にさせていただきたいため、以下の内容についてお聞かせください。  ・貴施設では准看護師は何人いらっしゃいますか？　　　　（　　　　　　）名  ・病棟など自部署内（外来、透析室など）では、准看護師は何人いらっしゃいますか？  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　）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。

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。