|  |  |
| --- | --- |
| **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。