【付録1】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **労働環境支援事業部・大阪府ナースセンター協働研修会**  研 修 申 込 書　　FAX：06-6964-5001 | | | | | | | | | | | | 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。 |
| コース番号 | | 研修名　※1コースにつき申込書1枚 | | □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 * 准看護師 |
| □704  □705 | | 看護職の「生涯現役」  セカンドステージに備える講座  （希望のコースに☑を入れて下さい） | |  |  |  |  |  |  |
| ※継続手続き中の方も会員番号を記載して下さい。 | | | | | |
| 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　　　　（　　 　） | | | | | | | | | | |
| 個人会員 | 自宅住所  電話番号 | 〒　　　　　－  ＴＥＬ　　　　（　　 　）　　　　　　　　ＦＡＸ　　　　（　　 　） | | | | | | | | | | |
| 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（　　　　　　　　　　　　）　　　□学校  □介護保険施設　　　□訪問看護ステーション　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 専門学歴 | | □大学院　　□看護大学 □看護短大3年 □看護短大2年 □看護3年課程  □看護2年課程 □保健師課程 □助産師課程 □准看護師課程 | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| ナースセンター職員との個別相談について ＊希望する方へ☑を付けてください  定員に達した場合お断りする場合があります。 | | | | □希望する　　　　　　　　　　　□希望しない | | | | | | | | |
| 質問等あれば  お書き下さい | | |  | | | | | | | | | |

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。