

# 令和3年度 研修申込書

コース番号	コース名 ※1 申込書/1コース	<input type="checkbox"/> 会員 大阪府会員番号	<input type="checkbox"/> 非会員	主たる免許の実務経験	職能	性別
308	大阪市看護職員認知症対応力向上研修	※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 月	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師	男・女
ふりがな				生年月日		年齢
氏名				昭和 平成		年 月 日 歳
ふりがな				施設No.	病床数	
施設名					床	
施設住所	〒 -					
電話番号	TEL ( )		FAX ( )			
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	<input type="checkbox"/> 副院長 <input type="checkbox"/> 看護部長職 <input type="checkbox"/> 副看護部長職 <input type="checkbox"/> 看護師長職 <input type="checkbox"/> 副看護師長職 <input type="checkbox"/> 主任職 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> その他( )					
勤務場所	<input type="checkbox"/> 病棟( ) <input type="checkbox"/> 外来( ) <input type="checkbox"/> その他( )					
専門学歴	<input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 看護大学 <input type="checkbox"/> 看護短大3年 <input type="checkbox"/> 看護短大2年 <input type="checkbox"/> 看護3年課程 <input type="checkbox"/> 看護2年課程 <input type="checkbox"/> 保健師課程 <input type="checkbox"/> 助産師課程 <input type="checkbox"/> 准看護師課程					
同意書	<p>【研修修了後の施設名の公表について】地域の認知症医療体制の推進及び管内の認知症の人及びその家族等の受診の利便性に資するため、研修修了者が在籍する病院として病院名等を公表することについて、同意いたします。</p> <p style="text-align: right;">施設長または看護職の長 _____ 印</p>					