|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 公益社団法人大阪府看護協会  ◎ 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。  **医療安全　看護補助者のためのKYT 研修申込書** | | | | |
| コース番号 | コ ー ス 名 | 実務経験  　　　　　 年  ヵ月 | | 協会記入欄▼ |
|  |  |
| 職能  ☑ 看護補助者 |
| ふりがな |  | 年令  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　　　　（　　 　） | | | |
| 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 | |
| 職種 | □介護福祉士　　□ヘルパー　　□看護助手  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※貴施設での呼称をお書きください。 | | | |
| 勤務場所 | □病棟（　　　　　　　　　　　　　　）　□外来（　　　　　　　　　　　　）  □介護保険施設　　　□訪問看護ステーション　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 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  コース(研修会)名 |  | | | |

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。