【付録1】

|  |  |
| --- | --- |
| 公益社団法人大阪府看護協会　労働環境支援事業部　 | 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 ヵ月 | 職能* 保健師
* 助産師
* 看護師
* 准看護師
 |
| 708 | 外国人労働者と協働するために準備をしよう |  |  |  |  |  |  |
| ※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 |
| 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　　　　（　　 　） |
| Ｅ－ＭＡＩＬ（必須） | ＠ |
| 参加方法（必須） | ZOOM　　　　・　　　　　来館 |
| 職位 | □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）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 勤務場所（領域） | □病棟　　□外来　　□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 4. 他施設の人との情報交換
2. 現状の問題・課題達成 5. 上司の勧め
3. 人材育成　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　6.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| あなたの勤務する施設は外国人労働者を雇用していますか | □雇用している　□雇用していない　□雇用予定　□コロナで延期 |
| 外国人労働者の参加（無料）　人数制限はありません | □参加希望あり　（　　　）名　 □参加希望なし氏名　　　　　　　　　　　職種　　　　　　　日本語　可　　簡単なら可　不可国籍 |
| 外国人労働者を受け入れるときに不安に思う事はどんなことですか？ | 　 |

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。