

労働環境支援事業部 研修申込書

協会記入欄▼

コース番号	研修名	<input type="checkbox"/> 大阪府会員番号	<input type="checkbox"/> 非会員	主たる免許の実務経験 年 ヵ月	職能 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師
704	ヘルシーワークプレイスを目指し職場環境を考えよう	※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	性別
氏名				歳	男・女
ふりがな				施設No.	病床数
施設名					床
施設住所	〒 -				
電話番号	TEL ()		FAX ()		
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"/> 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 ()				
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 2. 現状の問題・課題達成 3. 他施設の人との情報交換 4. 上司の勧め 5. その他 []				
事前アンケートにご協力をお願いします。 (主に当てはまるもの2つに✓をいれてください、グループ分けの参考にします)					
あなたの職場で、課題と感じていることは何ですか。[]内に具体的に記載してください。					
<input type="checkbox"/> ハラスメント対策について []		<input type="checkbox"/> 業務改善がすすんでいない []			
<input type="checkbox"/> 時間外労働が多い []		<input type="checkbox"/> 職場でのコミュニケーションが不足している []			
		<input type="checkbox"/> 休暇が十分に取れない、取りにくい []			

◎ 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。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。