

新人看護職員指導者研修 受講申込書

【申込先】 Fax 0956-23-8212 Mail nagasaki.kyaria@sweet.ocn.ne.jp HP <https://nagasakiango-career.com>

【申込締切】 6月19日(金)

申込日: 年 月 日

フリガナ 氏 名			年 齢	歳
M a i l				
職 種	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師	実務経験年数: 年		
フリガナ 施 設 名	開設主体 *必須		病 床 数	
	<input type="checkbox"/> 国立 <input type="checkbox"/> 公的医療機関 <input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> その他			
フリガナ 施 設 住 所	〒 _____ TEL _____ FAX _____			
所 属 (勤務部署)	<input type="checkbox"/> 看護部 <input type="checkbox"/> 病棟 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 手術室 <input type="checkbox"/> その他()	職 位	<input type="checkbox"/> 看護部長 <input type="checkbox"/> 副看護部長 <input type="checkbox"/> 副看護師長・看護主任相当 <input type="checkbox"/> スタッフ	
現在の役割	<input type="checkbox"/> 研修責任者(担当している または 担当する予定である) <input type="checkbox"/> 教育担当者(担当している または 担当する予定である) <input type="checkbox"/> 実地指導者(担当している)			
研 修 会 受 講 状 況	人材育成等に関する研修を受講したことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい (研修名: _____) <input type="checkbox"/> いいえ			
受 講 動 機				
学 習 課 題	(この研修で何を学びたいか)			
上 司 の 推 薦	役職名 _____ 氏名 _____			

※決定通知あり。提出書類に基づき、書類選考により適当と認めるものを決定し、施設長あてに通知する。