

令和3年度医療的ケアに従事する看護職員実地研修会 参加申込書

ふりがな ① 氏 名	
② 施設・事業所名（勤務先）	
③ 連絡先 ※ E-mail の記載必須。	電 話 F A X E-mail
④ 看護職員としての勤務経歴（勤務先、診療科等） ※ 現施設と在籍人数までご記入ください。	○資格取得年月日 昭和・平成 年 月 日 ○勤務経歴 年 月 ～ 年 月 施設名： 診療科 年 月 ～ 年 月 施設名： 診療科 年 月 ～ 年 月 施設名： 診療科 ○重症心身障害施設での経験について： 有（ 年 箇月 ）・ 無 ○現施設での経験年数 年 箇月 ○現施設の在籍人数（看護師： 名、その他職種： 名、合計： 名）
⑤ 学びたい内容について ※ 学びたい内容について自由にご記入ください。	
⑥ 疑問点や不安な点について ※ 日頃の看護業務上で、疑問点や不安な点はありますか。 もしございましたら、できる限り具体的に（可能であれば箇条書きで）ご記入ください。	

※上記項目①～⑥全てご記入ください。