

「医療的ケア」看護職員実地研修会参加申込書

ふりがな 氏 名	(歳)
施設・事業所名 (勤務先)	
連 絡 先	電 話 F A X E-mail
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： ○重症心身障害者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)
講義の参加希望について *講義のみの参加も可能。	講義と実習 ・ 講義のみ (実習の会場は下記の2箇所からお選びください)
希望する実習会場について (希望する会場のどちらかに○を付けてください)	南部会場 ・ 北部会場 (南京都病院) (花ノ木医療福祉センター)
学びたい実習内容について ご自由に記入ください。 *書き切れない場合は別紙に記入してください。	
日頃の看護業務上で、疑問点や不安な点はどのようなことがありますか。 できる限り具体的に可能であれば箇条書きで記入ください。 *書き切れない場合は別紙に記入してください。	