≪様式1≫　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（コピー可）**

**地区別看取りサポート研修　申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 受講地区 | No.235　**京都府北部地区研修**　**令和7年11月8日（土）13:00～16:00** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生 年 月 日 |
| 氏　名 |  | 西暦　　　　　年　　 月 　　日　 （ 　　　　　　歳） |
| 会員会員外の別 | 京都府看護協会　　（　　　）　会員　　　　（　　　）会員外会員番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（6桁）会員の方は会員番号を記入してください。会員・会員外は受講可否には影響しません。 | 職種〇印で囲む | 保健師助産師看護師 |
| ふりがな |  |
| 施設番号施設名 | 施設番号（No.　　　　　　　） |
| 施設所在地 | 〒 | TEL |
| FAX |
| 緊急時連絡 | TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail |
| 看取り経験年数　　　　　　年　　　ヶ月　　　　　　　　　現職場での経験年数　　　　　　年　　　　ヶ月[ 看護師免許取得後の実務経験年数を記入 ] |
| **受講対象**　該当する項目に〇印を入れて下さい　(　　)　看取り基礎研修を修了した看護師　(　　)　年間数例以上の看取りを行っている施設・在宅で働く看護師　(　　)　病院で看取りに携わる中堅看護師 |
| 以下の質問にお答え下さい**Ⅰ.勤務場所（※）**　１．訪問看護ステーション　　２．施設等　　３．病院等（　　　　　　　　）　　４．その他（　　　　　　　　）　　**Ⅱ．職位**・自施設での職位呼称を記入してください（　　　　　　） ・現職位についてからの経験年数　　年　　　ヶ月**Ⅲ．多職種連携についての経験**　・今まで多職種との連携・協働の経験はありますか？　（　有　・　無　）　　⇒有の場合、どのような職種と、どのような場面での連携でしたか？　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**Ⅳ．自身の介護支援専門員の資格について**　（　有　・　無　）**Ⅴ．看取りについて**　１．自施設で看取りを実施している　　２．今後予定している　　３．その他　（　　　　　　　　　　　　　　）**Ⅵ．今までに看取りに関する研修に参加したことがありますか？**（ 有 ・ 無 ）　⇒有の場合、参加した研修名または主催者を教えてください　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**＊この申込用紙に記入いただいた個人情報は、厳重に管理し、他の目的では使用いたしません**

* 年齢、実務年数等は**令和7年4月1日を基準**としてください