

研修申込調書

施設名： _____ 提出期限：2月18日(月) 13時メール送付

ふりがな 氏名		生年月日 (年齢)	昭和 年 月 日 (歳)
職名 (○を記入)	看護師長・副看護師長 助産師・看護師	看護職の 臨床経験年数	年 月
現在の 所属部署と診療科	部署： 診療科：	施設側支援の有無 実務トレーニングの有無	有・無 有・無(期間：)
特定行為の 実践活動の有無	B-1: 有・無 B-2: 有・無	指導医評価の有無 指導医指導の有無	有・無(回数：) 有・無(回数：)
手順書使用許可に よる特定行為の 活動部署と診療科	部署： 診療科：	手順書使用による 実践活動の期間	B-1: B-2:
現在の部署での 勤務状況		特定行為実践活動 状況と日数	

◇自施設での1年間の活動報告と自己課題(第2期生は、1～3月の活動予定のみ記入)

1) 活動内容(経過)・方法など

2) 1年間の活動を終えての自己課題

3月6日(水)研修 希望に○を記入して下さい	(1) 昼食弁当の注文	有・無
	(2) 病院駐車場の使用	有・無

※年齢、経験年数、記入期間は、2月1日現在で記入下さい。(第2期生は、記入できる部分のみ)

※お弁当は、1,080円/1食となります。お茶は、温かいお茶を病院で準備します。

受付時に、代金を徴収します。お釣りのいらぬようにご用意下さいますようお願いいたします。