2024年度　介護施設等における看護指導者養成研修　申込用紙

◆施設概要

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 施設名 |  |
| 施設住所 | 〒 |
| TEL |  | FAX |  |
| 施設類型 | １.介護老人福祉施設 ２.介護老人保健施設 ３.看護小規模多機能型居宅介護 ４.介護医療院　５.認知症対応型共同生活介護　６.有料老人ホーム　７.その他（　　　　　　　　　） |

◆受講希望者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | フリガナ |  | 年齢（申込時点） | 　　　　歳 |
| 氏　名 |  |
| 職種 | １．保健師　２．助産師　３．看護師（准看護師は対象外） |
| 看護師実務経験　　　年 | 介護保険施設実務経験　　年 | 看護実務者研修受講歴　有　無 |
| 会員状況 | １．会員　２．入会手続中　３．非会員 |
| 入会都道府県名 |  |
| 日本看護協会会員NO. |  |
| 受講費用 | １.所属施設の公費負担　２．全て受講者負担　３．その他（　　　　） |
| 相当する職位等 | １．施設長　２．副施設長　３．部長・部門長　４．師長・課長・ユニット長　５．主任・副師長・係長・リーダー　６．一般職員・スタッフ　７．その他（　　　　　） |
| メールアドレス |  |
| 緊急連絡先 | １．所属施設　２．その他（TEL：　　　　　　　　　　　　） |
| 優先順位 | フリガナ |  | 年齢（申込時点） | 　　　　歳 |
| 氏　名 |  |
| 職種 | １．保健師　２．助産師　３．看護師（准看護師は対象外） |
| 看護師実務経験　　　年 | 介護保険施設実務経験　　年 | 看護実務者研修受講歴　有　無 |
| 会員状況 | １．会員　２．入会手続中　３．非会員 |
| 入会都道府県名 |  |
| 日本看護協会会員NO. |  |
| 受講費用 | １.所属施設の公費負担　２．全て受講者負担　３．その他（　　　　） |
| 相当する職位等 | １．施設長　２．副施設長　３．部長・部門長　４．師長・課長・ユニット長　５．主任・副師長・係長・リーダー　６．一般職員・スタッフ　７．その他（　　　　　） |
| メールアドレス |  |
| 緊急連絡先 | １．所属施設　２．その他（TEL：　　　　　　　　　　　　） |

※複数名の応募がある場合は、優先順位を付けてください（３名以上の場合は記入欄を追加ください。）。

※入会都道府県名は、「会員」の場合は入会している都道府県、「手続中」の場合は入会手続き中の都道府県、「非会員」の場合は所属先・自宅のある都道府県を記入してください。

※メールアドレスは、受講に必要なURL等をメールで案内しますので、受講者自身がメールを確認できるメールアドレスとしてください。また、ドメイン指定受信設定（「＠nurse.or.jp」を受信できる設定）を必ず設定してください。

※緊急連絡先は、開催直前の災害による開催中止連絡等に使用します。日中連絡のとれる連絡先を御記入ください。