2025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・科長・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・科長・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。