

愛知県看護協会「看護職員認知症対応力向上研修」専用申込書

※この研修の受講は、2人一組です。この申込用紙には、必ず連名で、ご記入ください。

↓ 以下の該当する口にはをし、それ以外は、全項目、必ず記入をしてください。

<input type="checkbox"/> 127. 看護職員認知症対応力向上研修① (8/31~9/2開催)																	
<input type="checkbox"/> 128. 看護職員認知症対応力向上研修② (9/28~30開催)																	
所属施設名	〒 _____																
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="5" style="text-align: center;">病床数</th> </tr> <tr> <th style="width: 20%;">総数</th> <th style="width: 15%;">精神</th> <th style="width: 15%;">小児</th> <th style="width: 15%;">療養</th> <th style="width: 15%;">一般</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	病床数					総数	精神	小児	療養	一般						
病床数																	
総数	精神	小児	療養	一般													
施設所在地 (連絡先)	電話 (_____) _____ 内線 (_____)																
ふりがな 申込者氏名 (2名一組)	【連絡窓口となる方】																
生年月日	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">西暦</td> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;">月</td> <td style="width: 10%;">日</td> <td style="width: 20%;">西暦</td> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;">月</td> <td style="width: 10%;">日</td> </tr> <tr> <td colspan="4">和暦 (□S □H 年)</td> <td colspan="4">和暦 (□S □H 年)</td> </tr> </table>	西暦	年	月	日	西暦	年	月	日	和暦 (□S □H 年)				和暦 (□S □H 年)			
西暦	年	月	日	西暦	年	月	日										
和暦 (□S □H 年)				和暦 (□S □H 年)													
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女																
免許種別	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師																
実務(業務経験)年数	_____ 年 _____ 年																
所属部署(診療科)	(_____) (_____)																
職位	<input type="checkbox"/> 師長 <input type="checkbox"/> 主任 <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 師長 <input type="checkbox"/> 主任 <input type="checkbox"/> その他 (_____)																
会員確認 当協会会員番号 (お分かりの方)	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"> </td><td style="width: 20%;"> </td><td style="width: 20%;"> </td><td style="width: 20%;"> </td><td style="width: 20%;"> </td><td style="width: 20%;"> </td> </tr> </table>																
その他	①研修の出席 <input type="checkbox"/> 3日間(全日程) 出席できる <input type="checkbox"/> 日程調整が難しい																
	②受講後1月末までに院内研修実施の予定(伝達講習含) <input type="checkbox"/> 実施予定である <input type="checkbox"/> 予定はない <input type="checkbox"/> 実施予定である <input type="checkbox"/> 予定はしない																
	③アンケートへの協力(最終日・研修終了後) <input type="checkbox"/> 回答する <input type="checkbox"/> 回答しない <input type="checkbox"/> 回答する <input type="checkbox"/> 回答しない																
	④修了者名簿の公開(氏名・所属施設名) <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない																
備考 ※応募者多数の場合、127または128の <input type="checkbox"/> いずれでも可能である。 ← 可能な場合は <input checked="" type="checkbox"/> を記入																	

<個人情報の取り扱い>

この個人情報は、本会の個人情報保護方針および規程に基づき、適切に活用いたします。研修会申込に伴う書類発送、学習ニーズや研修評価に伴う調査依頼、研修案内に用い、この利用目的の範囲を超えて取り扱うことはいたしません。