



FAX 送信方向 FAX. 03-3355-3122 (日本慢性期医療協会)

第8回看護師特定行為研修指導者講習会（大阪会場） 参加申込書

(参加人数に応じ、本紙をコピーしてお申し込みください。)

〔申込締切〕2019年7月22日(月)

〔参加対象〕看護師特定行為研修において、指導者として携わる予定の医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療関係者

※実習の指導体制には、医師の指導者は必須です。

※参加希望多数の場合は、指定研修機関または実習協力施設に所属されている方や、看護師の場合は、特定行為研修を修了した方などを優先いたします。

下記に必要事項をご記入の上、該当する□にチェック✓をお願いいたします。

施設名

(特定行為研修の指定研修機関である。 特定行為研修の実習協力施設である。)

住 所

(〒 -)

TEL.



FAX.

連絡担当者

部署

E-mail

@

ふりがな 参加者氏名				(<input type="checkbox"/> 男性・ <input type="checkbox"/> 女性)
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	(歳)	
職 種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他 ()			
免許取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月	臨床経験年数	年
専攻科(得意とする分野)	<input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 循環器 <input type="checkbox"/> 消化器 <input type="checkbox"/> 内分泌 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> その他 ()			
【医師の場合】 指導医講習会の 受講経験	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無  受講年：平成__年(主催者の名称：)			
【看護師の場合】 看護師特定行為研 修の修了の有無等	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無  指定研修機関の名称：() 修了年：平成__年 認定番号： _____			
	<input type="checkbox"/> 認定・専門看護師である。(分野：)			