**【申込様式８】**

鹿児島県看護協会教育担当宛て

ＦＡＸ　０９９－２５６－８０７９

※送信票不要

在宅医療・ターミナルケア人材育成事業

　エンド・オブ・ライフ・ケア研修会　**申込書**

|  |
| --- |
| 施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 受講希望者総数（　　　　　　　　名）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名　　　　　　　　　氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡担当者（　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　　） |
| 施設住所　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　 　（　　　　）  　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　　　　（　　　　） |

該当設置団体に○印をつけてください。

　　　　国立　　　県立　　　市立　　　町村立　　　法人立　　　医師会立　　　私立　　　個人　　　その他

1. 年齢・実務経験年数は下記から選び「**番号**」を記入してください。

（現職場での勤務年数）は年数をご記入ください。

　　　　年　　　　齢：　 **１**．20代　　　 **２**．30代　 **３**．40代　　　 **４**．50代　　 **５**．60代以上

実務経験年数：　 **１**．5～10年　 **２**．11～15年　 **３**．16～20年 **４**．21年以上

２．職能は該当する欄に「**○印**」を記入してください。

３．終末期の患者さんの看護の経験について、該当する番号を記入してください。

**１**．多くある　　**２**．ある　**３**．少しある　　**４**．ほとんどない

４．参加の動機

（ＡＢのいずれかをご記入ください。なお、Ｂを選択した方は、１～６で最も近い番号１つをご記入ください。）

Ａ上司のすすめ

Ｂ自分から希望　　　　　１テーマ・内容に関心がある　２知識・技術を得たい・深めたい　３実践に役立てたい

　　　　 ４職場･自分の問題解決のため　５役割上必要なため　６その他

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | 氏　　名 | 会員･非  会員の別 | 県会員№ | 年齢 | 実務経験 | 職　　能 | | | 終末期看護の経験 | 施設内の  職位 | 研修受講  動機 |
| （現職場での勤務年数） | 保 | 助 | 看 |
| 1 |  | 会員  非会員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （　　　　） |
| 2 |  | 会員  非会員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （　　　　） |

※　修了証を発行しますので、**氏名は、正確に、丁寧**に記入してください。

※　本研修会申込書は受講採否および担当講師との調整を目的としており、それ以外の目的では使用いたしません。