（申込様式７）

研修番号29　30　31

、

鹿児島県看護協会教育担当宛て　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ　０９９－２５６－８０７９

※送信票不要

（看護職員県内就業促進事業）

　看護教育の質の向上研修会　**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　　　　　　（　　　　） |

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。

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

看護職実務経験年数　： **１**．5～10年　**２**．11～15年　 **３**．その他（　　　　年）

看護教員経験年数　 ： **１**．5～10年　**２**．11～15年　 **３**．その他（　　　　年）

２．職能は該当する欄に「**○印**」を記入してください。

**【 看護教育の質の向上研修 Ⅰ】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | 氏　　名 | 会員･非会員の別 | 県会員№ | 年齢 | 看護職実務経験年数 | 看護教員経験年数 | 職　　能 |
| 保 | 助 | 看 |
| 1 |  | 会員非会員 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | 会員非会員 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | 氏　　名 | 会員･非会員の別 | 県会員　　 № | 年齢 | 看護職実務経験年数 | 看護教員経験年数 | 職　　能 |
| 保 | 助 | 看 |
| 1 |  | 会員非会員 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | 会員非会員 |  |  |  |  |  |  |  |

**【 看護教育の質の向上研修 Ⅱ 】実習指導者用**

**【 看護教育の質の向上研修 Ⅱ・Ⅲ 】**　**看護教員用**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | 氏　　名 | 会員･非会員の別 | 県会員　　№ | 年齢 | 看護職実務経験年数 | 看護教員経験年数 | 職　　能 |
| 保 | 助 | 看 |
| 1 |  | 会員非会員 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | 会員非会員 |  |  |  |  |  |  |  |

※**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。