研　修　申　込　書

鹿児島県看護協会　行き　　　　　　　　　　　　　　　　　**申込み締切り：８月２０日（月）**

メール：kakankyo@orenge.ocn.ne.jp

ファックス：０９９６－２５６－８０７９　（送信票不要）

|  |
| --- |
| 研修日：**平成３０年９月２１（金）開催**研修名：**平成３０年度第２回保健師研修会　「 保健師キャリア形成について考える 」** |

【申込み代表者】

所属（施設名）

職名・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

＊年代・実務経験年数は，下記から選び「番号」を記入してください。

保健師各期については，該当する欄に「○印」を記入してください。

|  |
| --- |
| 年　　　齢　**１.** 10代 **２**. 20代　 **3**. 30代 **4**. 40代 　**5**. 50代　 **6**. 60代以上実務経験年数　**１.** 5年以下  **２**. 6～10年　 **3**. 11～15年 **4**. 16～20年　 **5**. 21～30年 **6**. 31年以上保健師各期　新任期（５年以下） 中堅前期（6～10年） 中堅後期（1１年～20年） 管理期（21年以上） |

**申 込 者 名 簿**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 氏　　名 | 会員・非会員の別 | 県会員No. | 年代 | 実務経験 | 保健師各期 | 保健師以外の職種（職名を記入） |
| 新任期 | 中堅前期 | 中堅後期 | 管理期 |
| 1 |  | 会員非会員 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | 会員非会員 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | 会員非会員 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  | 会員非会員 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  | 会員非会員 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

【今回の研修会で聞きたいこと，保健師職能委員への問合せ等】