**（申込様式６）**

ＦＡＸ　099-256-8079

※送信票不要

　**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 （　 　） |

該当所属施設・団体に○印をつけてください。

病院 ・診療所 ・訪問看護ステーション ・老人保健施設 ・老人福祉施設 その他の福祉施設 ・ 在宅関連施設

教育機関 ・ 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 | 准 |
| 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、楷書で正確に、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。