

平成 30 年度  
 看護師特定行為研修指導者講習会（自治医科大学看護師特定行為研修センター）  
**参加申込書**

平成 30 年 月 日

集合研修希望日	<input type="checkbox"/> 第 1 回 平成 30 年 12 月 22 日(土) <input type="checkbox"/> 第 2 回 平成 31 年 1 月 14 日(月) <input type="checkbox"/> どちらでもよい * いずれかを選択してください。
(ふりがな) 参加者名	( <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 )
生年月日	昭和・平成      年      月      日(      歳)
職 種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他(      )
所属部所	科(      科)      例：内科(循環器科)
臨床経験年数	年
看護師の場合*	<input type="checkbox"/> 特定行為研修 修了者である
	<input type="checkbox"/> 認定・専門看護師である
	<input type="checkbox"/> 大学等での教授経験がある

\* 看護師の指導者は特定行為研修を修了した者又はこれに準ずる者とされているため、上記の方を優先します。

(ふりがな) 所属施設名	
所 在 地	〒
施設について	<input type="checkbox"/> 指定研修機関である <input type="checkbox"/> 指定研修機関として現在申請中である <input type="checkbox"/> 今後指定医療機関として申請予定である <input type="checkbox"/> 協力施設である <input type="checkbox"/> 協力施設として現在申請中である <input type="checkbox"/> 今後協力施設として申請予定である <input type="checkbox"/> 研修修了看護師がいる
	<input type="checkbox"/> 一般(      床) <input type="checkbox"/> 療養(      床) <input type="checkbox"/> 精神(      床) <input type="checkbox"/> その他(      床) 合 計(      )
役 職 名	
連絡先	電話      FAX
	(ヨミ)
	e-mail

【申込書送付先・問い合わせ先】 厚生労働省委託事業「平成 30 年度看護師の特定行為に係る指導者育成事業」

事業実地団体：自治医科大学看護師特定研修センター（指導者育成事業担当）

TEL : 0285-58-8932

Email : tokuteijichi@jichi.ac.jp