**令和5年度　第２回**

**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**

**令和5年 　　月　 　日**

|  |  |
| --- | --- |
| **（ふりがな）** |  |
| **参加者名** | **（□　男性　　□　女性）** |
| **生年月日** | **昭和・平成　　　　年　　　　　　月　　　　日(　　　　歳)** |
| **職　種** | **□医師　　□歯科医師　　□薬剤師　　□看護師　　□その他（　　　　 　　　）** |
| **所属部署** | **科（　　　　　　　　　　科） 　　　例：内科（循環器科）** |
| **臨床経験年数** | **年** |
| **看護師の場合＊** | * **特定行為研修 修了者である**
 |
| * **認定・専門看護師である**
 |
| * **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、該当する方を優先します。**

|  |  |
| --- | --- |
| **(ふりがな)** |  |
| **所属施設名** |  |
| **所　在　地** | **〒** |
| **施設について** | **□指定研修機関である　　□指定研修機関として現在申請中である****□今後指定医療機関として申請予定である****□協力施設である　　　　□協力施設として現在申請中である****□今後協力施設として申請予定である　　□研修修了看護師がいる** |
| **□一般（　　　床）□療養（　　　床）□精神（　　　床）□その他（　　　床）****合　計（　　　　　　）** |
| **役　職　名** |  |
| **連絡先****eラーニング学習に****使用するe-mailと****連絡用のアドレスが異なる場合はそれぞれ記入してください** | **電話　　　　　　　　　　　　　　 FAX** |
| **連****絡****用** | **(ふりがな)** |
| **e-mail****@** |
| **学習****用** | **(ふりがな)** |
| **e-mail****@** |

**【申込書送付先・問い合わせ先】 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**