(コピー可)

令和元年度

**佐賀県看護職員認知症対応力向上研修（3日間）　受講申込書**

※下記に文字等の記入　〇の表示　を記してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　　別　　　 | 男　　・　　女 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日　　　 | 年　　　月　　日生 |
| 現 職 種 | 保健師 　・ 　助産師 　・　 看護師 | 現在の役職（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）上記役職は次のいずれに相当しますか□にレ点をつけてください。□ 副看護部長級職□　師長級職　　□　副師長級職 |
| 施 設 名 |  |
| 勤務部署名　（科　　　名） |  |
| 施設住所 | 〒TEL |
| 看護師免許取得後の実務経験 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 | 保・助・看護師国家免許の登録番号取得年月日 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 研修終了後 、施設内での伝達講習実施予定 | 有　　　　（　　　　　月　　　　日頃予定） 　無 |
| 認知症ケアについて、あなたが、またはあなたの部署で、今、抱えている問題は、どのようなことですか？（受講動機） |  |
| 推薦者　　　　　　役職　　　　　　　 　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　㊞ |

※申し込みは郵送または持参してください。

※この情報は「認知症対応力向上研修会」に関わる以外の目的には使用いたしません。

※この様式は佐賀県看護協会ホームページからダウンロードできます。

公益社団法人佐賀県看護協会