**2021年度看護師特定行為研修指導者講習会(名古屋大学医学部附属病院)**

**参　加　申　込　書**

送信先：support@nuh.can-career.nagoya (名古屋大学医学部附属病院　看護キャリア支援室)

記入及び該当するチェック欄を■にしてください。　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 性別 | 男性　　女性 |
| 参加者氏名 |  | |
| 生年月日 |  | | | |
| 職　種 |  | | | |
| 役職名 |  | | | |
| 所属部署・部門 |  | 専門領域 | |  |
| 臨床経験年数 | 年 | | | |
| 看護師の方 | 特定行為研修修了者　　　認定看護師・専門看護師  大学等の教育機関での教授(教育)経験あり | | | |
| 特定行為研修での関わり | 現在指導している、又は経験がある　(講義　　演習　　実習)  今後、指導する予定である  管理者として関わっている  管理者として関わる予定である | | | |
| ふりがな |  | | | |
| 所属先名 |  | | | |
| 所属先住所 | 〒 | | | |
| 施設について | 病床数( ) | | | |
| 指定研修機関として　(承認済 　申請中　今後申請予定)である  協力施設として　　　(承認済 　申請中　今後申請予定)である | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連絡先 | 申込者  申込者以外(担当者：　 　　) | 部課(科) |
| E-mail: | |
| 電話: FAX: | |