**2022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)

記入及び該当するものに　✓ 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: | |