【教育課】　申込先　ＦＡＸ　０１１－８６３－３２０４　申込書２

（　FAX送信時、番号をもう一度確かめましょう！　）

# 平成29年度　北海道看護協会教育研修計画　養成研修 申込書

**この申込書は 研修会№81～90 専用用紙**

※順位は必ずご記入ください

施設推薦順位
（※看護管理者が記入）

・空欄のないように該当事項をご記入ください。
・施設住所の郵便番号は、必ずご記入ください。
・**左記の施設推薦順位に記載のない場合は、当協会の選考になります。**

**※受講要件の確認および下記必要事項を必ずご記入ください**

申込日　　年　　月　　日

**看護部門責任者の推薦 ※必ずご記入ください。**

推薦者：　職位（　　）　氏名（自署）

| 研修会No. | 研修会名 | | |
|---|---|---|---|
| 研修期間：　平成　　年　　月　　日 ～　　月　　日 | | 北海道看護協会支部名 | 支部 |
| ふりがな<br>氏　名　※看護師免許証に記載されている漢字をお書きください<br>（ 生年月日 昭和 ・ 平成　　年　　月　　日生　　歳） | | 平成29年度　□会員　□非会員　□手続中<br>道会員No.（ゼロも含め６桁）<br>注）JNA会員No.ではありません | |
| □男 ・ □女 | 職能　□保健師　□助産師　□看護師　□准看護師 | 入会手続き | 会費納入　月済<br>会費納入　月予定 |

相当する職位　いずれかの番号を選択し記入欄にご記入ください。　該当する職位がない場合は同等の職位を選択してください。

1 看護部長（総師長）職　2 副看護部長（副総師長）職　3 師長職　4 副師長・主任職（副主任含む）
5 スタッフ　6 養成所･学校の教員　7 訪問看護ステーション所長　8 その他（　　）

記入欄

看護職の通算経験年数　　年　　ヶ月

ふりがな
施設名

施設住所　〒

（TEL　　－　　－　　）
（FAX　　－　　－　　）

**※ 該当する研修会の欄に、必要事項と□枠には黒の塗りつぶしまたはレ印で該当するものを選択してください。**

**★ 医療安全管理者養成研修会**

1 医療安全管理者養成研修会受講歴
□あり
□なし

2 医療安全に関する現在の役割(経験年数)
□専従の医療安全管理者
□専任の医療安全管理者
□施設内の医療安全委員
□部署内の医療安全委員
□部署内のリスクマネージャー
□なし

**★エンド･オブ･ライフ･ケア研修会**

エンド･オブ･ライフ･ケア
1 □受講要件を全て満たしている
※受講要件　がん看護に3年以上携わっている保健師・助産師・看護師

**★ＥＬＮＥＣ－Ｊ高齢者プログラム研修会**

ＥＬＮＥＣ－Ｊ高齢者プログラム
1 □受講要件を全て満たしている
※受講要件　高齢者ケアに5年以上携わっている保健師・助産師・看護師

**★ 糖尿病重症化予防(フットケア)に係る研修会**

1 □受講要件を全て満たしている
※受講要件
1 所属施設が糖尿病合併症管理料を算定するための要件のうち、本研修会を受講すること以外の要件が整っている施設であること
2 糖尿病足病変の看護に従事した経験を５年以上有する専任の常勤看護師
3 全日程（3日間）を受講できること

2 糖尿病足病変に関する療養指導業務に従事した経験年数
（　　年　　ヶ月）

**★災害看護Ⅱ研修会**

1 日看協インターネット研修
・H27「災害医療と看護(基礎編)」
・H28「災害支援ナースの基礎知識～災害看護の第一歩～」
・H29「災害看護ナースの第一歩～災害看護の基本的知識～」
のいずれかを全日程修了した者

受講した年度
（平成 27・28・29 年度）
該当年に○をつけてください

※ 看護職の通算経験年数を必ずご記入ください

**★精神科訪問看護基本療養費算定要件研修会**

1 □受講要件を全て満たしている
※受講要件
訪問看護ステーション管理者・従事者、精神科訪問看護に従事する保健師・看護師・准看護師

2 訪問看護
□従事中又は従事したことがある
□従事したことがない

3 精神科看護（訪問含む）の経験について
□経験がある
□経験がない

個人情報の取り扱い：本研修申込書で得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送に用い、この利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。

お問い合わせ先：　北海道看護協会事業部教育課　TEL：011-861-3273