


【第4期】応募期間



7/12-7/28

## 開催期間・研修形式変更のお知らせ

### 1. 「開催期間」の変更

研修会No.	研修会	変更内容
23	看護師のクリニカルラダー(日本看護協会版)を活用した施設内教育 ～教育計画と評価～	11/2  11/4

### 2. 「研修形式(申込書)」の変更

開催期間	研修会No.	研修会	変更内容
9/28	47	医療的ケア児支援の看看連携・多職種連携を推進しよう！	 集合研修(申込書1)  Web研修(申込書2)
10/1	4	「死にたい」と言われたときに-対象者のアセスメントとケア-	
10/6	48 第1回	今こそベテランナースの力を活かすとき！ -自己の強みをより発揮できるように- ※第1回、第2回は同じ内容	
10/7	49 第2回	※第1回、第2回同時に応募受付をします。 人数調整のため第1回、第2回の指定はできません。	
10/13	5	〈北海道委託〉 病院勤務の医療従事者向け 認知症対応力向上 ※応募者多数の場合は、1施設2名までとし、人数調整します。	
10/15～ 10/16	72 第1回	認定看護管理者教育課程ファーストレベルフォローアップ -効果的な人材育成を行うためのスタッフとの関わり方を学ぶ！- ※第1回、第2回は同じ内容	
11/4	23	看護師のクリニカルラダー(日本看護協会版)を活用した 施設内教育～教育計画と評価～	

※お申し込みの際は、「申込書2 / Web研修専 申込書」を使用ください。

(申込書2は、北海道看護協会ホームページからダウンロードすることもできます。)

# 申込書2

## 教育課

応募期間をご確認ください。応募期間外に届いた申込書は受け付けできません。  
**申込先 FAX 011-863-3204**

### 令和3年度 北海道看護協会

## Web研修(Zoomを使用しパソコン機器等で講義を視聴する方) 専用申込書

#### 【留意事項】

FAXで申し込み後に、機器の不具合等により申込書が送受信できなかった場合は、申し込みは無効となります。  
 確実に送受信されているかお電話にて確認されることをお勧めします。

#### 【同意事項】

**以下の内容について同意します。→**  ※枠にレ印をご記入ください。  
 (☑が無い場合は受け付けできません。)

1. Web研修で実施される研修会であることを確認している。
2. 視聴するパソコン等機器(カメラ・スピーカー付き)やインターネット環境の準備ができる。
3. Zoomの事前接続テストに参加できる。(実施日は受講決定通知にてお知らせします。)
4. インターネット環境等により画像・音声に乱れが生じた場合でも、講義映像の再送信や受講料等の返納をしないことを了承している。

※空欄の無いように該当事項をご記入ください。  
 ※該当箇所の枠にレ印をご記入ください。

#### ▼施設推薦順位について

同施設より2名以上の申し込みがある場合は、看護管理者が順位を決定し、必ずご記入ください。  
 ※応募者が定員を超え記入がない場合は、当協会の選考になります。

申込日 令和 年 月 日

<b>施設推薦順位</b>	研修会No.	研修会名			
開催期間	※複数回開催する研修会の場合は記入不要です。				2021年度
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					1 <input type="checkbox"/> 会員
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					2 <input type="checkbox"/> 手続中(会費納入 月 済・予定)
フリガナ	氏名 ※看護師免許証に記載されている漢字をご記入ください。				3 非会員 <input type="checkbox"/> 過去に会員だった ※会員番号がわかる場合はご記入ください。 <input type="checkbox"/> 会員になったことがない
					道会員No.(ゼロも含め6ケタ) 注)JNA会員No.ではありません
生年月日	昭和・平成	年	月	日生	歳
職能	<input type="checkbox"/> 保健師	<input type="checkbox"/> 助産師	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 准看護師	
	<input type="checkbox"/> 医療・介護関係者	職種		通算経験年数: 年 月	
看護職としての通算経験年数					年 月
現在の職位(管理者)に就いてからの期間					年 月
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。				記入欄
	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(副主任を含む)	
	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( )	
現在の勤務領域	<input type="checkbox"/> 病棟 ( 科)	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 離職中		
	<input type="checkbox"/> 外来 ( 科)	<input type="checkbox"/> その他 ( )			
現在の担当役割	※申し込む研修会の内容と関係のある役割をご記入ください。				
※「医療安全管理者-フォローアップ-」研修会 申込者 記入欄		<input type="checkbox"/> 「医療安全管理者養成」研修会を修了している		修了年度: 年度	主催: <input type="checkbox"/> 北海道看護協会 <input type="checkbox"/> その他機関
フリガナ	勤務先名				勤務先電話番号
					- -

<input type="checkbox"/> 自宅送付希望	※受講の可否通知を自宅送付にする場合は、下記の欄をご記入ください。		
送付先自宅住所	自宅電話番号	- -	
〒 -	日中の連絡先電話番号	- -	

#### 個人情報の取り扱い

研修申込書で得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送のほか、研修受講履歴を会員専用ページ「キャリアース」で会員本人が参照できるよう、会員情報管理体制「ナースシップ」へ連携するために利用します。また、これによって知り得た情報は、研修会で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