

令和5年度 佐賀県がん看護研修会受講申込書

(6日間コース)

公益社団法人佐賀県看護協会

令和 5年 月 日記入

施設優先順位

ふりがな 受講者氏名						(男・女)
生年月日		西暦 年 月 日 (歳)				
所属施設	施設名	設置主体()				
		TEL	FAX			
	所在地	〒				
	病床規模	1. 500床以上	2. 499～400床	3. 399～300床	4. 299～200床	
		5. 199～150床	6. 149～100床	7. 99～20床	8. 19～1床	
		9. 無床	10. その他()			
職位		有 1. 師長級 2. 副師長または主任級 3. その他()				無
職種		1. 保健師 2. 助産師 3. 看護師				
経験年数		臨床経験年数()年 がん看護の実務経験年数()年				
佐賀県看護協会		1. 会員(佐賀県看護協会会員番号)				2. 非会員
ロールプレイの経験の有無		有 ・ 無				
現在経験している内容		1. がん化学療法と看護 2. がん性疼痛コントロールと看護 3. がん放射線療法と看護 4. 乳がん患者の看護 5. がん患者の終末期の看護 6. がん患者の在宅看護 7. がんリハビリテーション 8. その他 ()				
がん看護に関する あなたの課題 (箇条書き・簡潔に)						
推薦者	役職	氏名			印	

*該当する番号に○を付けて下さい。

*申込みで得た情報は、名簿作成に利用します。研修会終了後はシュレッダーにかけ廃棄いたします。

*受講者氏名ふりがなの書き忘れや書き間違い、必要事項の書きもれがないようご注意ください。