令和６年度新人看護職員研修　教育担当者・実地指導者研修申込書

※同施設から複数の受講希望者がある場合は、推薦順位をつけてください。**推薦順位**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏名　　 |  | 生年月日 | S・H　　　年　　　月　　　日　　　　　　　（　　　　　歳　） |
| 施設名 |
| 施設住所　〒 TEL |
| 施設規模 | 400床以上、　399～200、　199～150、　149～100、　99～20、　19～１、　無床 |
| 職　　種（主たる免許） | １．保健師　２．助産師　３．看護師　 |
| 主たる免許の登録年月日 | 昭和・平成 ・令和　　年　　月　　日 | 主たる免許の登録番号 |  |
| 看護師実務経験年数（　　　　　年） |
| 現在の職位 |  | 部長級（ 　　 年）、副部長級（　　　年）師長級（　　　年）、副師長級（　　　年）スタッフ（　　　年）、　教官（　　　年）　※4月からの分は除外 |
| 新人看護職員教育に関する現在の役割 | 教育担当者実地指導者プリセプター |
| 院内教育に関する現在の役割：教育委員長・教育委員・なし |
| 希望研修　　　　①　教育担当者研修　　　　　　　　　②　実地指導者研修 |
| 施設看護職員数　　　　　名 | 令和５年度採用人数　　　　　　 名（うち新人　　　　名） |
| 令和６年度採用人数/現在　　　　　名（うち新人　　　　名） |
| 施設における研修責任者の配置 | 有・無 | 新人教育計画プログラム | 有・無 |
| 新人看護職員教育および指導において困っていること、悩んでいること　 |
| 推薦者 役職名 氏名　　　　　　　　　　　　　　 印  |

（注）１、申込書に記載された情報は、担当者が管理し、参加者状況の把握と当日受付時

　　　　　のチェック以外には使用いたしません。研修終了後は、担当者で破棄いたします。

２、ご記入は正確にはっきりと、又該当する欄（事項）に〇印をお付け下さい。

　　　　　希望の研修は、**必ずどちらか１つを選択してください。**

３、申し込みは郵送 または、ご持参下さい。　　締切：**令和6年9月25日（水）17時**

**※提出前に記入もれ等ないように確認をしてください。**