

# 令和7年度 佐賀県がん看護研修会受講申込書

(5日間コース)

公益社団法人佐賀県看護協会

令和 7年 月 日記入

施設優先順位

|                                  |      |                                                                                                                                                    |  |     |  |
|----------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|--|
| ふりがな<br>受講者氏名                    |      |                                                                                                                                                    |  |     |  |
| 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<br>5. 199～150床      6. 149～100床      7. 99～20床      8. 19～1床<br>9. 無床      10. その他( ) |  |     |  |
| 職 位                              |      | <b>有</b> 1. 師長級    2. 副師長または主任級    3. その他( ) <b>無</b>                                                                                              |  |     |  |
| 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                                                                                                                    |  |     |  |
| 現在経験している内容                       |      | 1. がん薬物療法と看護      2. がん性疼痛コントロールと看護<br>3. がん放射線療法と看護      4. 乳がん患者の看護<br>5. がん患者の終末期の看護      6. がん患者の在宅看護<br>7. がんリハビリテーション      8. その他 ( )        |  |     |  |
| がん看護に関する<br>あなたの課題<br>(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にご注意ください。