（様式３）

# 2022 年度　研修申込書

★項目に沿って記入してください。該当する□にチェック☑を入れてください。
★必ず様式１と一緒に送ってください。

| ☐ 看護研究【架け橋編】<br>研究過程に必要な技術を身につける！ | ☐ 医療安全【応用編】<br>チームで取り組む医療安全 | ☐ 感染予防【応用編】<br>現場に活かせる感染対策 |
|---|---|---|
| ◆過去の看護研究経験◆<br>☐ 看護研究・事例研究とも経験あり<br>☐ 看護研究経験あり<br>☐ 事例研究経験あり<br>☐ 初めて<br>☐ 【基礎編】受講した | ◆施設内での役割◆<br>☐ 病院全体のリスクマネジャー<br>（ゼネラルリスクマネジャー）<br>☐ 医療安全に関する委員<br>☐ 病棟の係<br>☐ 今後、役割を担う者<br>☐ 【基礎編】受講（　　年）<br>☐ 【実践編】受講（　　年） | ◆施設内での役割◆<br>☐ 感染対策に関する責任者<br>☐ 感染対策に関する委員<br>☐ 病棟の係・リンクナース<br>☐ 今後、役割を担う者<br>☐ 【基礎編】受講（　　年）<br>☐ 【実践編】受講（　　年） |

申込日　　年　　月　　日

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 研修日 | 年　月　日 | | | | |
| 研修名 | | | | | |
| ふりがな | | 山梨県看護協会 | ☐ 会員　☐ 非会員 | | |
| 氏　名 | | 会員番号 | ※都道府県の会員番号を記入してください | | |
| | | 職種 | ☐保健師 ☐助産師 ☐看護師 ☐准看護師 | | |
| 所属<br>施設名 | | 職位 | 例)看護師長,主任、副主査など | 看護実務<br>経験年数 | 年目 |
| 所属部署 | ※該当部署に○をしてください<br>内科・外科・回復期リハビリ・・一般・急性期・療養<br>地域包括ケア・混合・精神科・救急 ICU・小児科・産科<br>外来・透析室・手術室・訪問看護ステーション・<br>老人保健施設・福祉施設<br>その他（　　） | 受講選択<br>理由<br>(複数回答可) | ☐ テーマに興味 ☐ 講師に興味 ☐ 内容に興味<br>☐ 知識を得る ☐ 問題解決 ☐ 上司の勧め<br>☐ 受講経験者の勧め ☐ 役割を果たす ☐ ラダーと合致<br>☐ その他（　　） | | |
| 所属施設　直通電話または内線 | | | | | |
| 受講者　携帯電話番号　※任意<br>※研修に関する緊急連絡がある場合のみに使用します | | | | | |
| 受講者　メールアドレス(PC)　※任意 | | | | | |

＊受講決定通知を個人宛に送付を希望する方のみ、自宅住所を記入してください。※原則として所属施設に送付します

| | |
|---|---|
| 〒 | |
| 住所 | |

この研修で何を学びたいのか、箇条書きでお書きください。※100 字程度

リモート環境について、下記の項目に該当する□にチェック☑を入れてください。

1 リモート(Zoom)での研修　☐ 受講できる　（ ☐ 施設で受講　・　☐ 自宅で受講 ）
☐ 受講できない （ 理由:　　）

2 施設で受講の場合、1 人 1 台の PC で受講できますか。　☐ 受講できる　☐ 複数人の受講になる

3 使用機器　☐ ①PC(カメラあり)　☐ ②PC(カメラなし)　☐ ③タブレット　☐ ④スマートフォン　☐ ⑤持っていない

※研修無料受講券を使用する方は、事前に教育部までご連絡ください。
※この申込書(様式2)はナースセンター研修、訪問看護推進研修、職能委員会研修、地区支部研修には使用できません。

※本会の個人情報保護方針および規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。本会研修申し込みに際して得た個人情報は、研修会申し込みに伴う書類発送、学習ニーズや研修評価に伴う調査依頼、研修案内に用い、この利用目的の範囲を超えて、個人情報を取り扱うことはいたしません。もし、この範囲を超える場合には、本人の同意を得た上で取り扱います。