

愛知県看護協会・愛知県訪問看護ステーション協議会
「49.訪問看護ステーション新任管理者研修」専用申込書

※口には必ず☑をご記入ください

愛知県看護協会		看護協会会員番号(お分かりの方)		訪問看護ステーション協議会		協議会会員番号(お分かりの方)					
<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員		<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
<p>愛知県看護協会会員証のコピーを貼付</p> <p>非会員の方、訪問看護ステーション協議会の会員の方等 会員証のない方は氏名(ふりがな)を記入</p> <table border="1"><tr><td>ふりがな</td><td></td></tr><tr><td>氏名</td><td></td></tr></table>				ふりがな		氏名		所属施設名			
				ふりがな							
氏名											
				施設所在地 〒							
生年月日 西暦 年 月 日 年齢 歳				連絡先 所属部署 ()							
性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		(愛知県看護協会の登録内容について 所属施設の変更、改姓をした方 又、会員証と現姓が異なる方		TEL () - 内線 ()							
職種 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師		旧施設 <input type="checkbox"/> 旧氏名 <small>(ふりが)</small> <input type="checkbox"/> 現氏名		実務(業務経験)年数 ・看護師経験 (年 ヶ月) ・訪問看護管理者経験 (年 ヶ月) ・訪問看護師経験 (年 ヶ月)							
看護師のクリニカルリーダー(日本看護協会版)				職位 <input type="checkbox"/> 部長 <input type="checkbox"/> 副部長 <input type="checkbox"/> 師長 <input type="checkbox"/> 主任 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> その他 ()							
<input type="checkbox"/> レベルⅠ		基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を 実践する									
<input type="checkbox"/> レベルⅡ		標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する									
<input type="checkbox"/> レベルⅢ		ケアの受け手に合う個別的な看護を実践する									
<input type="checkbox"/> レベルⅣ		幅広い視野で予測的判断をもち看護を実践する									
<input type="checkbox"/> レベルⅤ		より複雑な状況においてケアの受け手にとっての最適 な手段を選択しQOLを高めるための看護を実践する									
受講料支払者 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 受講者本人											
受講対象要件											
1. 訪問看護ステーション管理者3年未満ですか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ									
2. これから訪問看護ステーション管理者になる予定がありますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ									
3. これまでに受けた管理者研修はありますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ									
4. 3で「はい」と回答された方は受講年度と研修名を記載してください											
(西暦 年度 研修名:)											
				【施設内における優先順位がありましたらご記入ください_____】							

<個人情報の取り扱い>

この個人情報は、本会の個人情報保護方針および規程に基づき、適切に活用いたします。研修会申込に伴う書類発送、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取り扱うことはありません。