**2019年度宮崎県看護協会　研修申込書**

**様式 １**

* FAXまたはメールでお申し込みください。

**FAX番号：0985‐58‐2939**　（かがみ不要。申込書のみ送付してください）

* 本申込書の受付け後、「協会からの回答」を記入したこの用紙を、応募期間終了後1週間以内にFAXします。お手元に届かない場合は電話（0985-58-0640）でお問い合わせください。
* 申込書の各欄に記入、または該当する項目に○印をつけてください。（研修名の欄は、研修番号でも可）各欄とも正確にご記入お願いします。研修分類2の「JNAラダーと連動した研修」を申込みの場合は、ラダー欄に現在のレベルを必ずご記入ください。（レベルについては、教育研修計画等を参照）
* 会員の方は、会員番号を必ずご記入ください。

申込日：　　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| 研修名： |
| 開催期間：　　　　月　　　日　～　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属施設名 | |  | | | | | | | |
| 申込み責任者： | | | | | | TEL： | | | |
| FAX： | | | |
| NO | 氏　名 | | 職　種 | 実務  年数 | JNAラダーレベル | 職　位  ※空欄の場は、スタッフと  みなします。 | 宮崎県看護協会  入会の有無 | | |
| 会員  №を記入 | 手続中 | 非会員 |
| １ |  | | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  | | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  | | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  | | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  | | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  | | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  | | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  | | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |  |
| ９ |  | | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  | | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ♦協会からの回答・返信欄   * 申込が定員を超えました。貴施設の申込者を（　　　）名に調整お願いします。今回やむなく参加を取り消された方のお名前に『二重線』を記入していただき、（　　/　　）までに再送してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当（　　　　　　　　　　　　） * 申込書を受け付け、受講を決定いたしました。キャンセルは、必ずお知らせ下さい。   　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　担当（　　　　　　　　　　　　）  （返信欄） |

**様式 3**

2019年度宮崎県看護協会**退院支援看護師養成研修　申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）  氏名 |  |
| 所属施設 | 名称： |
| 住所：〒 |
| TEL（　　　　　　　　　　　　　　）　FAX（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 職種 | 保健師　　　助産師　　　看護師 |
| 職位 | 看護師長 　　副看護師長　　 主任　 　スタッフ  その他（　　　 　　　） |
| 入退院支援加算分類 | 入退院支援加算１　　　入退院支援加算２　　　入退院支援加算３ |
| 所属部署名 | 病棟　　外来　　地域連携室　　その他（　　　　　　　　　　　） |
| 勤務部署の病棟区分 | 高度急性期　　一般急性期　　地域包括ケア病棟  回復期リハビリテーション病棟　　療養病棟　　精神病床　　それ以外 |
| 退院支援におけるあなたの役割 | 退院調整部門で専任または専従の役割を担っている  今後、退院調整部門で専任または専従の役割を担う予定  病棟または外来で、退院支援の中心的な役割を担っている  今後、病棟または外来で退院支援の中心的な役割を担う予定  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 実務経験 | 看護実務経験年数（　　　　年）  退院支援・調整部門での経験　無　　有…年数（　　　　年） |
| 実習について | 実習施設（訪問看護ステーション）を確保し調整を自分で行うことができますか  はい　　いいえ　　　　　　　　　＊決定後に公的な文書は協会が送付します |
| 看護職賠償保険加入  の有無 | 加入している　　　手続中　　　　未加入 |
| 宮崎県看護協会入会  の有無 | 会員…宮崎県会員番号（　　　　　　　　）　　　　　手続中  非会員 |
| 受講動機 |  |
| 推薦理由 | 推薦順位  推薦者役職　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印 |

**各施設で取りまとめて郵送をお願いします**

＊該当するものに印、又は記入をしてください

＊この情報は「退院支援看護師養成研修」に関わる以外の目的には使用しません

＊実習の交渉は、受講決定後に行ってください

**様式 4**

受付No：　　　（協会記入）

**2019年度糖尿病重症化予防（フットケア）研修　申込書（宮崎県看護協会）**

* **郵送**でお申し込みください　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日：　　月　　日
* 申込書の各欄に正確に記入、または該当する項目に○印をつけてください。

年齢・実務経験年数は2019年7月31日現在でご記入ください。

* ※印欄は、所属長（院長または看護部長》相当の方がご記入ください。施設から申込みが複数名の場合は、必ず推薦順位をご記入ください。受講の可否については、後日文書で通知いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **推薦順位※** | ふりがな |  | | | 年齢 | | 歳 | 性別 | | 男　・　女  演習の組分の参考にします |
|  | 氏　名 |  | | |
| 入会状況 | １．会員（宮崎県No：　　　　　　　　　）　　２．入会手続き中　　３．非会員 | | | | | | | | | |
| 職　　種 | １．保健師　　２．助産師　　３．看護師 | | | | 看護職の実務年数  （准看護師経験は除く） | | | | 年　　ヶ月 | |
| 勤 務 先 | 施設名： | | | | | | | | | |
| 所在地　〒 | | | | | | TEL： | | | |
| FAX： | | | |
| 勤務領域 | １．病　棟（　　　　　　　　　　　　科）　　２．外　来（　　　　　　　　　　　　　科）  ３．その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 職　　位 | 下記のうち相当職を選択してください  １．看護部長　　２．副看護部長　　３．看護師長　　４．副看護師長　　５．主任  ６．スタッフ　　7．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 取得資格  看護免許以外 | 1．日本糖尿病療養指導士　　２．宮崎地域糖尿病療養指導士　　３．他県の地域糖尿病療養指導士４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　5．なし | | | | | | | | | |
| 糖尿病足病変に関する療養指導業務に従事した経歴 | 勤務年月（西暦） | | | 年数 | | 勤務先 | | | | |
| 年　 月 ～　　　　 年　 月 | | | 年 | |  | | | | |
| 年　 月 ～　　　　 年　 月 | | | 年 | |  | | | | |
| 年　 月 ～　　　　 年　 月 | | | 年 | |  | | | | |
| 受講動機 | 1．「糖尿病合併症管理料」を算定するために必要だから  2．フットケアの方法を学びたいから | | | | | | | | | |
| 自施設の「糖尿病合併症管理料」算定の有無 | | | 1．算定済　　　2．研修後算定予定　　　3．算定未 | | | | | | | |
| 今回の研修におけるあなたの学習課題を簡潔にお書きください。（本人が記入のこと） | | | | | | | | | | |
| **推薦書※**  上記の者は、本施設の看護師であり、糖尿病足病変に関する療養指導や看護に従事し、所定の実務期間（糖尿病足病変の看護に従事した経験5年以上）を有しております。糖尿病重症化予防（フットケア）研修会の参加により、本施設の糖尿病患者の足病変に関する療養指導に従事する予定です。  以上のとおり、上記の者が糖尿病重症化予防（フットケア）研修を受ける要件を満たしていると評価しますので、ここに推薦いたします。  施設名：  推薦者氏名（自署）：　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　職位： | | | | | | | | | | |

* 個人情報の取り扱いについて、本会の個人情報保護規定に基づき個人情報の取得・利用を適切に行います。申込に際して提供いただいた個人情報は、研修実施に伴う書類作成・発送、研修受講履歴を会員専用ページ「キャリナース」で会員本人が参照可能となるよう会員情報管理体制ナースシップへの連携に用い、この範囲を超えて取り扱う場合は本人の同意を得た上で取り扱います。

**様式5**

**新人看護職員研修責任者等研修 申込書（宮崎県看護協会）**

* FAXまたはメールでお申し込みください。

**FAX番号：0985‐58‐2939**　（かがみ不要。申込書のみ送付してください）

* 本申込書の受付け後、協会からの回答を記入したこの用紙を、応募期間終了後1週間以内にFAXします。お手元に届かない場合は電話（0985-58-0640）でお問い合わせください。
* 会員の方は、会員番号を必ずご記入ください。
* 「研修責任者研修」、「教育担当者研修」を2018年に受講された方は、2日目のみの受講が可能です。2日目のみ受講される方は、該当欄に○印をお書きください。（「実地指導者研修」は、2日間受講できる方が対象です。）
* 職位の欄は、①～③の該当する番号をお書きください。

申込日：　　　月　　　日

|  |
| --- |
| 研修名： |
| 開催期間：　　　月　　　日　～　　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属施設名 | | |  | | | | | | | |
| 申込み責任者： | | | | | | TEL： | | | | |
| FAX： | | | | |
| NO | 2日目のみ受講者は〇 | 氏　名 | | 職　種 | 実務  年数 | | 職　位   1. 研修責任者 2. 教育担当者 3. 実地指導者 | 宮崎県看護協会  入会の有無 | | |
| 会員  №を記入 | 手続中 | 非会員 |
| １ |  |  | | 保 助 看 准 |  | |  |  |  |  |
| ２ |  |  | | 保 助 看 准 |  | |  |  |  |  |
| ３ |  |  | | 保 助 看 准 |  | |  |  |  |  |
| ４ |  |  | | 保 助 看 准 |  | |  |  |  |  |
| ５ |  |  | | 保 助 看 准 |  | |  |  |  |  |
| ６ |  |  | | 保 助 看 准 |  | |  |  |  |  |
| ７ |  |  | | 保 助 看 准 |  | |  |  |  |  |
| ８ |  |  | | 保 助 看 准 |  | |  |  |  |  |
| ９ |  |  | | 保 助 看 准 |  | |  |  |  |  |
| 10 |  |  | | 保 助 看 准 |  | |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ♦協会からの回答・返信欄   * 申込が定員を超えました。貴施設の申込者を（　　　）名に調整お願いします。今回やむなく参加を取り消された方のお名前に『二重線』を記入していただき、（　　/　　）までに再送してください。　　　　　　　　　　　　担当（　　 　　　　　 　　 　）   □ 申込書を受け付け、受講を決定いたしました。キャンセルは、必ずお知らせ下さい。  担当（　　　　 　　　　　　）  （返信欄） |

**様式 6**

2019年度宮崎県看護協会**災害看護研修（実践編）研修申込書**

**開催期間：９月１３日　～　９月１４日（２日間）**

* FAXまたはメールでお申し込みください。（申込期間　7/22～8/16）

**FAX番号：0985‐58‐2939**　（かがみ不要。申込書のみ送付してください）

* 本申込書の受付け後、「協会からの回答」を記入したこの用紙を、応募期間終了後1週間以内にFAXします。お手元に届かない場合は電話（0985-58-0640）でお問い合わせください。
* 申込書の各欄に記入、または該当する項目に○印をつけてください。各欄とも正確にご記入お願いします。
* 会員の方は、会員番号を必ずご記入ください。

申込日：　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属施設名 | |  | | | | | | |
| 申込み責任者： | | | | | TEL： | | | |
| FAX： | | | |
| NO | 氏　名 | | 職　種 | 実務  年数 | 基礎編受講歴  （H　　年） | 宮崎県看護協会  入会の有無 | | |
| 会員  №を記入 | 手続中 | 非会員 |
| １ |  | | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |
| ２ |  | | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |
| ３ |  | | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |
| ４ |  | | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |
| ５ |  | | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |
| ６ |  | | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |
| ７ |  | | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |
| ８ |  | | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |
| ９ |  | | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |
| 10 |  | | 保 助 看 准 |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ♦協会からの回答・返信欄   * 申込が定員を超えました。貴施設の申込者を（　　　）名に調整お願いします。今回やむなく参加を取り消された方のお名前に『二重線』を記入していただき、（　　/　　）までに再送してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当（　　　　　　　　　　　　） * 申込書を受け付け、受講を決定いたしました。キャンセルは、必ずお知らせ下さい。   　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　担当（　　　　　　　　　　　　）  （返信欄） |