**令和５年度　看護職員実務者研修**

**『循環器病総合コース』受講申込書**

申込日　令和５年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生　年　月　日 | 性　別 |
| 氏　　名 |  | 昭・平　　年　　月　　日生　　歳 |  |
| ふりがな |  | 許可病床数 |
| 施設名 |  | 　　　　　床 |
| 施設所在地 | 〒　　　　　　　TEL　　　　　　　　　　　　FAX |
| 職　　位 | 1.スタッフ　2.臨床指導者　3.主任　4.看護師長　5.看護部長　6.その他（　　　　） |
| 職　　種 | 1.看護師　　2.保健師　　3.助産師 | 免許取得年月日　S・H　　年　　月　　日 |
| 勤務場所 | 　1.一般病棟　 2.療養病棟　 3.特殊病棟　 4.外来　 5.その他（　　　　　　） |
| 最終専門学歴 | 卒業年　　S・H　　　年　　月 | 学校名 |
| 職　　歴※ただし、准看護師として勤務した期間は、職歴に含　　まない。 | 施 設 名 | 勤務病棟 | 職　種 | 勤務年月 | 勤務期間 |
|  |  |  | 年　月～　 年　月 | 年　 ヶ月 |
|  |  |  | 年　月～　 年　月 | 年　 ヶ月 |
|  |  |  | 年　月～　 年　月 | 年　 ヶ月 |
|  |  |  | 年　月～　 年　月 | 年　 ヶ月 |
|  |  |  | 年　月～　 年　月 | 年　 ヶ月 |
|  | 合　計 | 年　 ヶ月 |

**裏面の記入欄も必ず記入してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 受講の動機 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 見学希望病　棟 | 心臓系 | 　A.心臓内科(　)　　　B.血管外科(　)　　　C. 移植病棟(　)　D.心不全科(　)　　　E. IＣＵ(　)　　　　F.ＣＣＵ(　) |
| 脳　系 | 　G.脳血管内科(　)　　H.脳血管外科(　)　　I.ＳＣＵ(　)　J.ＮＣＵ(　)　　　　K.カテーテル室（脳血管）(　) |

≪記入上の注意事項≫

★　提出書類に不備がある場合は、審査の対象となりませんので、ご注意ください。

　１．氏名は楷書で明確に記入してください。

　　　　※修了証の氏名となるため、特殊な文字等明確にご記入願います。

　　　　　（例）＜崎・﨑＞＜吉・𠮷＞＜富・冨＞＜恵・惠＞＜高・髙＞＜真・眞＞等

　２．施設で複数名応募の場合は、必ず優先順位を記入してください。

　３．職歴欄は、正確に記入してください。

　４．勤務期間には、准看護師の勤務期間は含まれません。

　５．勤務年月に対する勤務期間を正確に計算し、期間の合計が必ず下の合計と一致するように記入してください。職歴の最下欄は現在の勤務場所です。期間の終わりは、９月末日です。

　６．最終専門学歴は、看護課程の卒業年度を記入してください。

　７．受講の動機は選考の重要な判断資料ですので、具体的かつ明瞭に記入してください。

　８．見学希望病棟は、心臓系（Ａ～Ｆ）・脳系（Ｇ～Ｋ）の１１項目の中から４つを選び、希望順位（１～４）を必ず（　）内に記入してください。

　　　但し、**見学人数に限りがありますので、ご希望に添えない場合があります。**