

## II 院内教育体制の整備・充実支援

### 申込書 新人看護職者教育担当者研修

申込締切日 5月20日(月)

フリガナ 氏名			性別		年齢	歳
職種	保健師・助産師・看護師		臨床経験年数: 年			
勤務先	フリガナ 名称			設置主体	病床数	
	フリガナ 所在地	〒				
	役割等	TEL _____ FAX _____				
	所属(勤務部署):		職位:			
	現在の担当者役割: ○をつけ、ご記入下さい。					
	1. 教育担当者: ( ) 担当している ( ) 担当する予定である(いつ頃から: )					
	2. これまでに教育指導に関する役割を担当したことがある(はい・いいえ) その役割は、何ですか?( )					
主な職歴	年月	施設名	職名	診療科目	勤務年数	
					年 月	
研修会受講状況	研修名(人材育成等に関する研修のみ)		受講年月日		主催者	
受講動機等	(受講動機と教育等で困っていること)					
学習課題	(この研修で何を学びたいか)					
上司の推薦	役職名 氏名 _____					

※記入内容は本研修のみに使用いたします。

※決定通知有。提出書類に基づき、書類選考により適当と認める者を決定し、施設長宛に通知する。(6月上旬予定)

**【申込先】 長崎県看護キャリア支援センター**  
FAX 0956-23-8212