|  |  |
| --- | --- |
|  | 平成　　　年　　　月　　　日 |
| 希望コース | （　）一般コース　　　（　）がん化学療法コース  （　）緩和ケアコース |
| 受講希望期間（平日のみ） | 平成　　年　　月　　日～　　月　　日（　　週間） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふ り が な  受 講 者 氏 名 | | （　男　・　女　） |
| 生 年 月 日 | | 昭和・平成　　　　年　　　月　　　日生　（満　　　歳） |
| 所属施設 | 施設名 | 設置主体（　　　　　　　　　　　　）  電話　　　　　　　　　　　ＦＡＸ |
| 所在地 | 〒 |
| 病床数 | １　100床未満　　　　　 ２　100～200床未満  ３　200～300床未満　　　４　300～400床未満  ５　400～500床未満　　　６　500床以上 |
| 職位（相当するものを○で囲むこと） | | 看護師長　　　主任（副看護師長）　　部署の教育担当者  スタッフ　　　その他（　　　　　　　　　　　） |
| 臨床経験年数 | | （　　　　）年 |
| ※がん看護の経験（有無） | | （　　有　・　無　　）  有の場合（　　　　　）年 |
| 看護職賠償責任保険への加入の有無 | | 加入予定・加入済み　（保険会社　　　　　　　　　　　） |
| 看護管理者推薦文  ※被推薦者の看護実践能力および当研修修了後の配置予定や期待される役割等をご記入ください。 | | 職位  　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　印 |