熊本県がん診療連携協議会がん看護臨床実務研修ワーキンググループ主催

平成 25 年度がん臨床実務研修受講者調書

		平成　　年　　月　　日
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（相当するものを〇で囲むこと）		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
臨床実務研修 受講希望期間（平日のみ）		平成　　年　　月　　日～　　月　　日（　　週間）
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　　）
所属長推薦文		※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。 所属長氏名　　印