**【様式4】**

**新人看護職員研修「実地指導者研修」｢教育担当者研修｣申込書**　　　　（受講コースを選択し☑を記して下さい）

|  |  |
| --- | --- |
| 受講コース | □新人看護職員研修実地指導者研修□新人看護職員研修教育担当者研修 |

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）氏　名 | 　 |
| 職　種 | □　保健師　　□　助産師　　□　看護師　　 | 実務経験 | 　　　　　　　　年 |
| 入会の有無 | □会員 (No.　　　　　　　　)　　□入会手続き中　　　□非会員 |
| 所属施設 | 施設名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）所在地　〒電話番号：　　　　　　　　　　　ＦＡＸ： |
| 設置主体 |  |
| 職　位 | 実地指導者研修　 | 教育担当者研修 |
| □看護師長□副看護師長・主任□スタッフ□その他（　　　　　　　　） | □副看護部長□看護師長□副看護師長・主任　□その他（　　　　　　　　） |
| 受講動機 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　公益社団法人　沖縄県看護協会