専門的看護実践力研修事業（分野別実践看護師養成研修）【感染管理】

受講申込書

＊令和６年４月１日現在で記入のこと

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日　　 年　　月　　日生 | 年齢　　　歳　 |
| 氏　　名 |  |
| 携帯番号 |  |
| メールアドレス（※携帯電話以外） |  |
| 所　　属 | 名称 |  | 電話番号ＦＡＸ |
| 所在地 | 〒 |
| 職位 | 　　　　　　　　　　　 | 看護職(保・助・看)としての経験年数　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 配属の主診療科 |  |
| 感染管理に関連した経験年数 | 感染対策委員　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 | ＩＣＴ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 |
| リンクナース　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 | その他　（　　　　　　　　　）　　　　　　　　年 |
| 受講動機について、以下に記載下さい |

※携帯電話メールアドレス（キャリアメール）を使用した申し込みで、メール受信時にエラーとなる場合があります。可能な限り研修で使用されるパソコンのメールアドレスを記載してください。

看護部代表者　氏名：