平成２９年度 看護師特定行為研修指導者講習会
実施者（タスクフォース）養成研修会
参　加　申　込　書

送信先：ＦＡＸ　０３−５２８３−７４４４

申込日　平成　　年　　月　　日

（ふりがな）	
参加者名	（□　男性　　□　女性）
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）
職　　種	□医師　□歯科医師　□薬剤師　□看護師　□その他（　　）
免許取得年月日	昭和・平成　　年　　月
専攻科名	科（　　科）　　例：内科（循環器科）
臨床経験年数	年
看護師特定行為研修指導者講習会の受講経験	□全日本病院協会主催の指導者講習会を受講済 （修了書番号　　）
	□他団体主催の指導者講習会を受講済 （実施団体名　　）
看護師特定行為研修の指導経験	□実際に指導経験あり
	□まだ指導経験なし（今後指導予定）

（ふりがな）	
所属施設名	
所　在　地	〒
施設について	□指定研修機関である。□指定研修機関として現在申請中である。 □今後、指定研修機関として申請予定である。 □協力施設である。　□協力施設として現在申請中である。 □今後、協力施設として申請予定である。
	□一般（　　床）　□療養（　　床）　精神（　　床）　その他（　　床） 合　計（　　床）
役　職　名	
担当者連絡先	部課（科）もしくは役職
	電話　　FAX
	e-mail

【問合せ先】公益社団法人全日本病院協会事務局（看護師特定行為研修担当）TEL：03-5283-7441　FAX：03-5283-7444