別紙（１）

看護師救急医療業務実地修練受講申込書

(都道府県名 　　　　　)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  受講者氏名 |  | | | 生　年　月　日 | | 男女の別 | |
| 昭和　　年　　月　　日(　　歳) | | 男・女 | |
| 受講者住所 | 〒 　　 (℡　 　　　　　　) | | | | | | |
| 所属施設  （勤務先） | 施設名 | |  | | 救急告示の有無 | | 有・無 |
| 所在地 | | 〒 (℡　　　　　　　　) | | | | |
| 職名 | |  | | | | |
| 卒業看護学校  ・養成所 | 学校名 | |  | | | | |
| 卒業年月 | | 昭和・平成　　　年　　　月卒 | | | | |
| 看護師  免許 | 免許番号 | | 第　　 　 号 | | | | |
| 取得年月日 | | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| 施設研修の  受講施設  の希望 | 第一希望 | |  | | | | |
| 第二希望 | |  | | | | |
| 第三希望 | |  | | | | |
| 救急医療の経験年数 | | | 年　　　　　か月 | | | | |
| 所属施設の年間救急患者数 | | | 人 | | | | |
| 所属施設の救急医療体制 | | | 救命救急ｾﾝﾀｰ ･ 病院群輪番制病院 ･ 共同利用型病院 ･ なし | | | | |
| 決定後の受講案内の送付希望先 | | 自宅住所　　・　勤務先住所 | | | | | |
| 備 考（研修を希望する理由及び意見）  研修施設決定後、本申込書の内容を当該施設に提供してよいか（　可　・　不可　） | | | | | | | |

(注)１　受講施設については、必ず第三希望まで記入すること。

なお、特定の施設に多数の受講希望があった時などは、調整のため第二・第三

　　　　希望を採用し決定するので、予め了知願いたい。

２　当該研修の受講を希望する理由及びその他受講に対する特記事項について備

　　　　考欄に記入すること。