

令和7年度 新人看護職員研修事業研修 申込書

| | |
|---|------------------|
| 送信日時: 年 月 日 | FAX:0986-26-3150 |
| 送信先:国立病院機構都城医療センター 教育・研修部 仁井田康男 行 | |
| 【TEL】:0986-23-4111(代表) 【e-mail】niida.yasuo.hb@mail.hosp.go.jp | |
| 送信元(施設名): | |
| (代表者): | e-mail: |
| (TEL): | |

◇内容

| | 参加者氏名 | 年齢 | 職種 | 経験年数 | 参加希望の研修項目 |
|---|-------|----|---|---|---|
| 1 | | | <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 保健師 | <input type="checkbox"/> 新人 <input type="checkbox"/> 卒後1年目 | <input type="checkbox"/> フィジカルアセスメント <input type="checkbox"/> 救急対応 <input type="checkbox"/> 医療安全 <input type="checkbox"/> 口腔ケア・摂食嚥下 <input type="checkbox"/> 皮膚・排泄 <input type="checkbox"/> 感染管理 |
| 2 | | | <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 保健師 | <input type="checkbox"/> 新人 <input type="checkbox"/> 卒後1年目 | <input type="checkbox"/> フィジカルアセスメント <input type="checkbox"/> 救急対応 <input type="checkbox"/> 医療安全 <input type="checkbox"/> 口腔ケア・摂食嚥下 <input type="checkbox"/> 皮膚・排泄 <input type="checkbox"/> 感染管理 |
| 3 | | | <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 保健師 | <input type="checkbox"/> 新人 <input type="checkbox"/> 卒後1年目 | <input type="checkbox"/> フィジカルアセスメント <input type="checkbox"/> 救急対応 <input type="checkbox"/> 医療安全 <input type="checkbox"/> 口腔ケア・摂食嚥下 <input type="checkbox"/> 皮膚・排泄 <input type="checkbox"/> 感染管理 |

申し込み締切 令和7年7月10日(木) 15:00 まで

- *参加希望人数は、1施設 原則3名以内でお願いいたします。
- *参加希望が多数になる場合は、こちらから調整のお願いをさせていただく場合がございます。
- *研修受講者の決定通知は施設代表者の方に7月17日(木)以降順次ご連絡させていただきます。
- *メールにてお申し込みの場合、施設名、代表者、【内容】に記載されている項目を入力の上お申し込みください。