**令和3年度 看護職員認知症対応力向上研修 申込書（後期）**

令和3年度、はじめてお申込される方は、こちらの用紙でお申込下さい。

令和3年 前期研修にお申込された場合は、「継続申込書」で結構です（申込された施設にFAX済）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | 年齢 | 歳 | | 生年月日 | | 西暦　　　　　　　 年  昭和 ・ 平成） 　　年  月　　　　日　生 | | | |
| 職　　能 | □ 保健師　 　□ 助産師　 　□ 看護師 | | | 性　別 | | □男性 □女性 | | | | □ 会員 □ 非会員 | |
| 施設番号施設名 | 施設番号（NO.　　　　　　） | | | | | | | | | 会員番号（県協会） | |
| 現在の勤務場所の状況 | □ 急性期　 □ 慢性期　 □ 回復期　 □その他（　　　　） | | | | | | 現在の職位 | | | |  |
| 免許取得後の  総実務経験年数 | □ 保健師  〔　　　　 〕年 | □ 助産師  〔　　　　〕年 | | | □ 看護師  〔　　　　〕年 | | | | 合計〔　　　　〕年  准看護師免許をお持ちの場合はその年数も含めた合計年数 | | |
| 臨床現場での認知症患者の看護の総経験 | □ 有　・〔　　　　 〕年　　　　　　　　□ 無 | | | | | | | | | | |
| 受講動機  (100文字～  200文字以内) |  | | | | | | | | | | |
| 推薦理由 | 施設内での優先順位　（　　　）  看護管理者または施設責任者　署名　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | |

※この申込書は、本研修の運営に係る事項以外には使用致しません。また、研修受講に山口県看護協会入会の有無は影響しません。修了証名簿の情報開示については、別紙、「実施要領」15　の内容を参照のこと。

※記入上の注意　　氏名欄は修了証の氏名になります。楷書で正確にご記入下さい。ただし**外字対応はできない場合あり**

生年月日は西暦と和暦の両方のご記入をお願いいます。

該当するところの□に　✔　をご記入下さい。

　　　　　　　　　　　　各欄（推薦欄は除く）は、申込み者本人がもれなく記入してください。

年齢及び経験年数等は、今年度4月1日現在のものを記入してください。