

令和 8 年度日本重症心身障害福祉協会認定神奈川看護師研修会受講申込書

記入日 令和 年 月 日

フリガナ			
氏名			
生年月日	西暦	年	月 日生
所属施設名・ 所属部署		施設の種類 ※いずれかを レ点でチェツ クして下さい	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 重心施設 <input type="checkbox"/> 重心通所 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> その他
勤務先住所	〒	TEL	
		FAX	
		携帯	
所有免許の種類	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師		
実務経験年数	実務経験年数		年
	重心看護領域経験年数		年
受講動機			
研究支援者	<input type="checkbox"/> あり（職種： 役職： ） <input type="checkbox"/> なし		
倫理審査委員会設置	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
所属長記入欄	推薦理由		
	推薦者	職位 氏名	印

＊本研修申込書は、この研修以外の目的で使用することはありません。

（令和 8 年 4 月 1 日を基準に記載してください）