令和４年度感染管理看護実践力向上研修受講申込書

＊令和４年４月１日現在で記入のこと

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日　　 年　　月　　日生 | 年齢　　　歳　 |
| 氏　　名 |  |
| 電話番号 |  |
| 所　　属 | 名称 |  | 電話番号ＦＡＸ |
| 所在地 | 〒 |
| 職位 | 　　　　　　　　　　　 | 看護職(保・助・看)としての経験年数　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 配属の主診療科 |  |
| 感染管理に関連した経験年数 | 感染対策委員　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 | ＩＣＴ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 |
| リンクナース　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 | その他　（　　　　　　　　　）　　　　　　　　年 |
| 受講動機について、以下に記載下さい |

※該当する方に〇をつけてください

|  |  |
| --- | --- |
| 希望する日程 | 　　　　第１回（６月）　 　　　・　　　　　　　第２回（８月） |
| 令和３年度　第２回研修（令和４年２月開催中止） | 受講決定者です　　　　・　　　　受講決定者ではありません |

看護部代表者　氏名：