一般社団法人固定チームナーシング研究会 主催

**2024年度　認定指導者研修**

**受講申込書**

固定チームナーシング研究会

会長　北神　洋子 殿

　下記の通り、受講を申請いたします。

申込日　　 　　 年　　　 月　 　　日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 施設名 | 　　 |
| 所　属(部署/病棟) |  | 職種 |  | 職位 |  |
| 住　所 | 〒　 |
| 電話番号 |  |
| E-mail | ※今後は主にEメールを使用してご連絡いたします。お間違いの無いようご記入ください。 |
| 　 |

◆受講要件

**次の①～③のうち２つ以上満たしている者**

|  |
| --- |
| **※該当するものに○を付けてください** |
|  | ① 看護部長・介護部長・副看護部長・副介護部長・師長・介護長・副師長・副介護長・主任の立場で固定チームナーシングを運用した経験がある |
|  | ② 固定チームナーシング研究集会（全国集会・地方会）に３回以上参加している |
|  | ③ 固定チームナーシング研究集会（全国集会・地方会）で演題発表・シンポジスト・講演の経験がある |