一般社団法人固定チームナーシング研究会 主催

**2022年度　認定指導者ファシリテーター研修**

**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。 | | | | |
|  | | | | |

◆固定チームナーシング認定指導者情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ブロック  ※該当するものに○ | 北海道/東北　　・　　関 東　　・　　長 野　　・　　北 陸  中 部　　・　　近 畿　　・　　中国四国　　・　　九 州 | | |
| 認定年月日 | 西暦 　　　　年 　 　月 　 　日 | 認定番号 |  |
| 更新  認定年月日  ※該当者のみ記入 | 西暦 　　　　年 　 　月 　 　日 |

◆受講要件

認定指導者経験「1.」「2.」の項目をすべて満たしていること

|  |  |
| --- | --- |
| 【認定指導者経験】　※該当するものに○を付けてください | |
|  | １．認定指導者経験２年以上である |
|  | ２．認定指導者取得後、過去5年以内に活動実績がある |
|  | |
| ＊上記２.の活動実績内容について　※該当するものに○を付けてください | |
|  | 看護部長・介護部長・教育担当副部長・部署師長・介護長・（ブロックリーダーを含む）として固定チームナーシングを3年以上運営している |
|  | 固定チームナーシング全国研究集会・地方会で、講演・シンポジスト・演題などで参加発表の経験がある |
|  | 看護・介護・リハビリ系の専門月刊誌等に誌上掲載の経験がある |
|  | 自・他病院、自・他施設等で固定チームナーシングの成果発表会の指導・評価や講演・研修経験がある |
|  | 全国研究集会・地方会に参加し運営に協力（司会、座長、会場・編集担当等）している |
|  | 固定チームナーシング研究集会会長（全国集会・地方会どちらも可）の経験がある |