訪問看護　学習支援　研修申込書（鳴門病院）

申込日　令和　　年　　　月　　　日

１．申込研修(複数可)　希望する研修の希望のらんに〇を入れて下さい

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | 研修名 | 希望 | NO | 研修名 | 希望 |
| 1 | 移床・移動 |  | 11 | エンゼルケア |  |
| 2 | 正しいオムツの当て方 |  | 12 | 酸素療法 |  |
| 3 | 褥瘡ケア・体位変換 |  | 13 | 呼吸ケア（排痰実技） |  |
| 4 | 皮内･皮下･筋肉注射、採血、血糖測定 |  | 14 | 災害看護 |  |
| 5 | 静脈注射、点滴、三方活栓 |  | 15 | 人工呼吸器看護 |  |
| 6 | 無菌操作、吸引 |  | 16 | 人工呼吸器構造・組み立て |  |
| 7 | 輸液ポンプ・シリンジポンプ |  | 17 | 静脈路確保（静脈留置針） |  |
| 8 | 尿道留置カテーテル |  | 18 | 化学療法基礎編 |  |
| 9 | 嚥下リハビリ |  | 19 | CVポートの管理 |  |
| 10 | 中心静脈カテーテル管理 |  |  |  |  |

２．申込者の情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ | 　　　　　　 | 性別 |
| 氏名 |  | 男・女 |
| 職歴(〇を入れて下さい) |  | １．**新卒**　（看護師としての勤務経験がなく、看護基礎教育を修了しすぐに訪問看護に従事する者） |
|  | ２．**新任**　（病院やクリニック等で看護師経験はあるが、訪問看護にはじめて従事する者（特に臨床経験が短い者） |
|  | ３．**その他**（訪問看護師の経験のある者）(訪問看護歴　　　年) |
| 電話番号(日中、連絡のつくもの) |  | E-mail |  |
| ３．所属施設の情報 |
| 施設名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  | E-mail |  |
| ４．備考（特に留意すること等があれば記入してください） |
|  |