≪様式1≫　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（コピー可）**

**地区別看取りサポート研修　申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 受講地区 | No.233　**京都市内・京都府南部地区**研修　令和7年12月13日（土）13:00～16:00 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 生 年 月 日 | | |
| 氏　名 |  | | | 西暦　　　　年　　 月 　　日  （ 　　　　　　歳） | | |
| 会員  会員外  の別 | 京都府看護協会　　（　　　）　会員　　　　（　　　）会員外  会員番号　　　　　　　　　　（6桁）  ※会員の方は会員番号を記入してください。 | | | | 職種  〇印で囲む | 保健師  助産師  看護師 |
| ふりがな |  | | | | | |
| 施設番号  施設名 | 施設番号（No.　　　　　　　） | | | | | |
| 施設  所在地 | 〒 | | TEL | | | |
| FAX | | | |
| 緊急時  連絡 | TEL | 講義URL送付のためのE-mailアドレス | | | | |
| 看取り経験年数　　　　　　年　　　ヶ月　　　　　　　　　現職場での経験年数　　　　　　年　　　　ヶ月  [ 看護職許取得後の実務経験年数を記入 ] | | | | | | |
| **受講対象**　該当する項目に〇印を入れて下さい  　(　　)　看取り基礎研修を修了した看護師  　(　　)　年間数例以上の看取りを行っている施設・在宅で働く看護師  　(　　)　病院で看取りに携わる中堅看護師 | | | | | | |
| 以下の質問にお答え下さい  **Ⅰ.勤務場所**  　１．訪問看護ステーション　　２．施設等　　３．病院等（　　　　　　　　）　　４．その他（　　　　　　　　）  **Ⅱ．職位**  ・自施設での職位呼称を記入してください（　　　　　　） ・現職位についてからの経験年数　　年　　　ヶ月  **Ⅲ．多職種連携についての経験**  　・今まで多職種との連携・協働の経験はありますか？　（　有　・　無　）  　　⇒有の場合、どのような職種と、どのような場面での連携でしたか？  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **Ⅳ．自身の介護支援専門員の資格について**　（　有　・　無　）  **Ⅴ．看取りについて**  　１．自施設で看取りを実施している　　２．今後予定している　　３．その他　（　　　　　　　　　　　　　　）  **Ⅵ．今までに看取りに関する研修に参加したことがありますか？**（ 有 ・ 無 ）  　⇒有の場合、参加した研修名または主催者を教えてください  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |

**＊この申込用紙に記入いただいた個人情報は、厳重に管理し、他の目的では使用いたしません**

* 年齢、実務年数等は**令和7年4月1日を基準**としてください