|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式１ | | | | | |  | | | | | |  | | |
| **長崎県看護協会長　宛**受付Ｎｏ | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | 登録Ｎｏ． | |
| **【長崎県看護協会講師人材登録事業】** | | | | | | | | | | | | |  | |
| **人　材　登　録　申　請　書** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | 申請年月日　：　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| ★氏　 　名 | | ふりがな | | | | | 生年月日 | | | | | 年　　　月　　　日（　　　　歳） | | |
|  | | | | |
| 免　　　許 | | 保健師　　助産師　　看護師 | | | | | 長崎県看護協会会員番号 | | | | | Ｎｏ． | | |
| 所属施設  ※所属施設がない場合は連絡先（自宅住所等）をご記入ください | | ★施設名 | |  | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒 | | | | | | | | | | |
| ★電話番号 | |  | | | | | | | | | | |
| 本人連絡（携帯等） | | 電話番号 | |  | | | | E-mail | |  | | | | |
| **★ 登　　録　　分　　野 　（該当する欄に○）** | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定看護管理者 | | |  | | 専門看護師　　　専門分野（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |  |
| 認定看護師 | 救急看護 | |  | | 糖尿病看護 | | | |  | | 摂食・嚥下障害看護 | | |  |
| 皮膚・排泄ケア | |  | | 不妊症看護 | | | |  | | 小児救急看護 | | |  |
| 集中ケア | |  | | 新生児集中ケア | | | |  | | 認知症看護 | | |  |
| 緩和ケア | |  | | 透析看護 | | | |  | | 脳卒中ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ看護 | | |  |
| がん化学療法看護 | |  | | 手術看護 | | | |  | | がん放射線療法看護 | | |  |
| がん性疼痛看護 | |  | | 訪問看護 | | | |  | | 慢性呼吸器疾患看護 | | |  |
| 感染管理 | |  | | 乳がん看護 | | | |  | | 慢性心不全看護 | | |  |
| 他領域 | 介護・看護全般について（　　　　）　　　中・高校生への進路相談（　　　　　）　　　保健全般（　　　　）  ・担当できる内容 | | | | | | | | | | | | | |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| **管理者からの推薦**（個人登録の場合に記載を義務付けるものではありませんが、所属施設のある方はお願いします。）  **記載者：役職　　　　　　氏名** | | | | | | | | | | | | | | |

※登録者はホームページで公開します。（★の項目）

公益社団法人長崎県看護協会　研修センター

　担当：野中・古川

TEL　0957-49-8057　 FAX　0957-49-8059

Ｅ-mail：kensyu@nagasaki-nurse.or.jp

※申請書の記載内容に変更があった場合には、

　様式2変更届の提出をお願いいたします。