

## 2019年度 日本看護協会教育計画 研修申込書(様式3) コピー可

\*この研修申込書は研修番号223・234の専用です。申込書は計2枚です。

研修番号	研修名	長期療養高齢者のフィジカル・アセスメント ～誤嚥性肺炎の看護シミュレーションを中心に～
------	-----	--

●該当事項の全てを正確に記入し、番号には○印を付けてください。未記入の場合は、申し込みを受理できないことがあります。

ふりがな		氏名		所属施設について（所属先がある方のみご記入下さい） 1. 介護福祉施設  具体的にご記入ください。	
年齢	性別	実務経験（通算）		〔 〕	
歳	1. 男 2. 女	年			
職種	1. 保健師 3. 看護師	2. 助産師 4. 准看護師	2. その他（ ）		
認定資格・認証（有の場合のみ記入ください） 1. 認定看護管理者 2. 専門看護師（分野： ） 3. 認定看護師（分野： ） 4. その他 ※アドバンス助産師など（ ）			所属施設名（略さず正式名称でご記入ください）		
会員状況		所属部署（例：病棟名など ※電話連絡時に使用）			
1. 会員		日本看護協会会員No. _____ 会員歴 _____ 年		施設住所 〒 _____ （都道府県名から記入ください）	
2. 入会手続中					
3. 非会員					
都道府県名		会員：入会している都道府県 手続中：入会の手続きをしている都道府県 非会員：所属先・自宅のある都道府県			
職位など		施設TEL		施設の規模 （病床数もしくは定員）	
1. 看護部長（総師長、看護局長など） 看護部長以上に相当する職位にある者（施設長・所長など）				床（名）	
2. 副看護部長・副看護部長に相当する職位にある者		現在の勤務領域（例：主な診療科名）		左記の領域での勤務年数 （1年単位で切り上げ）	
3. 看護師長・看護師長に相当する職位にある者（ユニット長・課長など）				年	
4. 主任（副師長・主査など） 主任に相当する職位にある者（リガー・班長・副主任など）		研修に関連する所属施設内での役割（例：委員会、リンクナース等簡潔に記		1. 有（ 1. に○付けた方は、その内容を記入してください）	
5. スタッフ・一般職員		2. 無（ ）			
6. その他（ ）					
研修参加における受講動機					
※自宅への書類送付を希望する方は、以下に記入ください（原則として施設へ送付）					
自宅住所（都道府県名から記入ください） 〒 _____ TEL _____					

本研修申込書は、下記の＜個人情報取り扱い＞に同意したものととして、管理いたします。

＜個人情報の取り扱い＞

本会の個人情報保護方針および規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。本会研修申込に際して得た情報は、以下の利用目的の範囲内でのみ利用し、利用目的以外で利用することはありません。①本会の研修を受講する際の本人確認②本会の研修に関する連絡・情報提供等③アンケートその他の方法による本会の事業推進に資する情報収集④研修受講履歴を会員向けマイページ「キャリアナース」で会員本人が参照可能となるための会員情報管理体制構築との連携（①～④の具体例：研修会申し込みに伴う書類発送、学習ニーズや研修評価に伴う調査依頼、研修案内等での利用）

＜申込書送付先＞封筒表に「●●研修申込書在中」と明記し、下記までお送りください（返信用封筒は不要）。 ※応募期間内必着

〒651-0073 兵庫県神戸市中央区脇浜海岸通1-5-1-4F 日本看護協会神戸研修センター総務管理部 電話 078-230-3250(代表)

## 2019年度 日本看護協会教育計画 研修申込書(様式3) コピー可

\*この研修申込書は研修番号223・234の専用です。申込書は計2枚です。

ふりがな  
氏名

事例は、受講要件審査で使用いたします。また、事例は、講師と共有し、匿名性を保持したうえで、講義に活用する場合があります。ご提出いただいた事例は、受講がかなわない場合であっても返却いたしません。以上について、事例のご提出をもってご了承いただいたこととし、管理いたします。

## 看護事例

- あなたが経験した高齢者施設等における長期療養高齢者の誤嚥性肺炎の看護の事例を枠内に記載してください。
- 事例には、対象者の概要、あなたが実施したフィジカル・アセスメントの場面と具体的な内容や方法、そして、フィジカル・アセスメントから導いた看護の判断を記載してください。あなたの実施した行為の背景や根拠等をできるだけ詳しく記載してください。
- 事例には、個人が特定される表記や内容を削除し、個人情報に十分な配慮をお願いいたします。

## ●対象者の概要

- どのような状況(場面や対象者の状態)で、フィジカル・アセスメントを実施したか。またその方法(手段)は、どのような内容か。

## ●フィジカルアセスメントから導いたあなたの看護判断

本研修申込書は、下記の＜個人情報の取り扱い＞に同意したものととして、管理いたします。

## ＜個人情報の取り扱い＞

本会の個人情報保護方針および規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。本会研修申込に際して得た情報は、以下の利用目的の範囲内でのみ利用し、利用目的以外で利用することはありません。①本会の研修を受講する際の本人確認②本会の研修に関する連絡・情報提供等③アンケートその他の方法による本会の事業推進に資する情報収集④研修受講履歴を会員向けマイページ「キャリアナース」で会員本人が参照可能となるための会員情報管理体制ナースシップとの連携(①～④の具体例：研修会申し込みに伴う書類発送、学習ニーズや研修評価に伴う調査依頼、研修案内等での利用)

＜申込書送付先＞封筒表に●●研修申込書在中」と明記し、下記までお送りください(返信用封筒は不要)。 ※応募期間内必着

〒651-0073 兵庫県神戸市中央区脇浜海岸通1-5-1-4F

日本看護協会神戸研修センター総務管理部

電話 078-230-3250(代表)