

2026 年度「介護施設等における看護指導者養成研修」申込用紙

申込方法：この申込用紙をメール添付で、送信してください。
 件名：【研修申込】介護施設等における看護指導者養成研修
 送信先：tisowa★med.mie-u.ac.jp（★は@に置き換えてください）

申込期限：6月15日(月)

氏名	フリガナ	年齢	歳(申込時点)
		職種	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 (准看護師は対象外)
実務経験	看護師実務経験	介護保険施設実務経験	「看護実務者研修」受講歴
	年	年	
相当する職位	<input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 副施設長 <input type="checkbox"/> 部長・部門長 <input type="checkbox"/> 視聴・課長・科長・ユニット長 <input type="checkbox"/> 主任・副師長・係長・リーダー <input type="checkbox"/> 一般職員・スタッフ <input type="checkbox"/> その他()		
所属施設名	フリガナ		
施設類型	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設(特養) <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 認知症対応型協働生活介護(グループホーム) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他()		
所属施設住所	〒		
所属施設電話番号			
メールアドレス	フリガナ @		
	@		
緊急連絡先	※ 日中連絡可能な連絡先を下記から選択しその他の場合には連絡先をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 所属施設(上記電話番号と同じ) <input type="checkbox"/> その他(下記にご記入ください)		