書式２

『医療施設への看護研究支援および人材育成支援を目的とするプログラム』への

参加申込書

※以下の空欄に必要事項を入力してください．１～６は欄を広げてご記入ください．

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加申込者氏名（性別フ） | （フリガナ）（女・男） | 年齢 | 　　　　歳 |
| 勤務病院E-mail | 病院（職位：　　　）　 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | 病棟の治療機能 |  |
| 最終学歴 | 卒業 |
| 看護師としての経験年数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 |
| 現在の医療機関での在籍年数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 |
| １．本プログラムに参加しようとお考えになった動機をお聞かせください． |
|  |
| ２．本プログラムに参加するにあたって，心配していることがあればお聞かせください． |
|  |
| ３．現在，あなたが所属している病棟（病院）には，どのような課題があるとお考えですか． |
|  |
| ４．あなたはその課題に取り組んでいますか． |
|  |
| ５．課題に取り組むにあたって，どんなことに不安がありますか． |
|  |
| ６．この課題を解決するに際して，今年度内に，あなたは「どのようなことを」「どこまで」実施するお考えですか．その概要を月毎に計画してみてください． |
|  |

（この申込書は岡田まで添付書類(mokada@iwate-uhms.ac.jp)にしてメールで送ってください。）