書式2

2025年度

『精神科中堅看護師のためのリスキリング・プログラム』への

参加申込書

以下の欄に必要事項をご記入ください．１～７には欄を広げてご記入ください．

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加申込者氏名（フリガナ/　　性別） | （　　　　　　　　　　　　　　　　/女　・　男） | 生年月日（年齢） | 昭和・平成　　年　　月　　日（　　　　　　歳） |
| １．本プログラムに参加しようと思った動機を聞かせください． |
|  |
| ２．本プログラムに参加するにあたって，ご心配なことはありますか？ |
|  |
| ３．本プログラムにはご自宅から参加しますか、それとも病院からですか？ |
|  |
| ４．現在，あなたが勤務している病棟には，どのような課題があるとお考えですか？ |
|  |
| ５．あなたはその課題解決に取り組む気持ちがありますか？ |
|  |
| ６．課題に取り組むにあたり，不安があるとすればそれはどのようなことですか？ |
|  |
| ７．この課題を解決するに際して，あなたは「どんな課題について」「どこから」「どのようなデータを」「どれだけ集めて」「データをどのように分析」しようとお考えですか、その概略を教えてください。 |
| 〔課題〕〔どこから〕〔どのようなデータ〕〔どれだけ集め〕〔どのように分析する〕 |