**一般社団法人日本NP教育大学院協議会　令和６年度　診療看護師(NP)研修**

**在宅医療における診療看護師(NP)研修（参加申込書）**

１．研修者情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | |
| 氏名 |  | |
| 所属施設 |  | |
| 所属部署 |  | |
| 肩書 |  | |
| ２．診療看護師(NP) | | |
| 診療看護師(NP)  領域・経験年数 | クリティカル（　　　）プライマリ（　　　）  NP経験年数（　　　　）年 | |
| 修了大学院名  修了年度  NP学会会員番号 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　）年3月修了  会員番号（　　　　　　　　　　　　） | |
| ３．連絡先 | | |
| 住所 |  | |
| 電話（職場） |  | |
| 電話（自宅） |  | |
| メールアドレス |  | |
| ４．研修希望 | | |
| 【Ａ日程】 | 月　日(　) ～　　月　　日(　) | 第（　　　　）希望 |
| 【Ｂ日程】 | 月　日(　) ～　　月　　日(　) | 第（　　　　）希望 |

※日程希望が出せる方は、希望欄にご記入お願いします。

研修希望理由

１）看護師としての臨床経験

２）診療看護師(NP)としての臨床経験

３）本研修で学びたいこと

４）本研修に関する希望