【様式①】

申込年月日　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 院長名 |  |
| 看護部長名 |  |
| 県協会施設番号 |  |

**新人看護職員研修アドバイザー派遣事業　　対象施設申込書【新規】**

標記の件につきまして、下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 福岡県看護協会会員番号 |  |  |  |  |  |  |
| 氏　　名 |  |
| 職　　位 |  | 実務経験年数 | 　　　　　年 |
| 事業の担当者について | 新人看護職員研修体制における現在の役割　：　 |
| 福岡県新人看護職員研修責任者研修の受講の有無　：　　　　　有　　　　　　・　　　　　　無 |
| 連　絡　先 | 施設名： | 施設病床数： |
| 施設TEL： | 施設FAX： |
| e－mail　:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　@ |
| 施設の新人看護職員研修体制に関する状況 | １） | 看護職員数　：　　　　　　名 |
| ２） | 過去３年間の入職者数　令和６年度　　　　　　　名　　　（うち、新卒　：　　　　　名）令和５年度　　　　　　　名　　　（うち、新卒　：　　　　　名）令和４年度　　　　　　　名　　　（うち、新卒　：　　　　　名） |
| ３） | 福岡県新人看護職員研修責任者研修の受講者の有無　：　　　　　　有　　　　　・　　　　　無　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※**有**の回答の場合…受講延べ人数　：　　　　　名 |
| この事業への応募動機を記載してください。 |  |

　※添付資料　　　　　①病院全体の組織図及び看護部組織図

　　　　　　　　　　　　　　　　②令和７年度　看護部理念・目標

　　　　　　　　　　　　　　　　③その他参考資料　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　お**問合せ　・　送付先**

公益社団法人福岡県看護協会

〒812-0054　福岡市東区馬出４丁目１０番１号

TEL（092）631-1170

【様式②】

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 推薦者名 |  |

**新人看護職員研修アドバイザー派遣事業アドバイザー推薦書【新規】**

標記の件につきまして、下記の者をアドバイザーへ推薦いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 福岡県看護協会会員番号 |  |  |  |  |  |  |
| 氏　　名 |  |
| 職　　位 |  | 実務経験年数 | 　　　　　年（臨床　　　　年　教育歴　　　年） |
| 現　職　種 | 保健師 | 助産師 | 看護師 | 養護教諭 | 教員 |
| 連　絡　先 | 施設TEL | 施設FAX |
| e－mail　　　　　　　　　　　　　　　　　@ |
| 主な推薦資格 | 研修責任者研修修了者ですか | はい | いいえ |
| 地域において新人看護職員研修を受け入れている病院の研修責任者、それ相当の実務経験者ですか | はい | いいえ |
| 新人看護職員研修体制を整備している病院の研修責任者、それ相当の実務経験者ですか | はい | いいえ |
| 推薦資格について | 研修責任者の修了年度を記載してください | 年度修了 |
| 現在の役職を記載してください |  |
| 所属長宛の文書(就任依頼等に同封) | 不　　　　要　　・　　必　　　　　要 |
| 必要の場合は役職をご記入ください |
| 所属長 |  |
| 所属部長 |  |
| その他 |  |

**お問合せ　・　送付先**

公益社団法人福岡県看護協会

〒812-0054　福岡市東区馬出４丁目１０番１号

TEL（092）631-1170

（新人看護職員研修アドバイザー派遣事業担当）