**長野県看護協会　リソースナース　登　録　申　請　書**

申請年月日　【　　　　年　　　　月　　　日】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 | ふりがな | 長野県看護協会の会員番号（6桁） |
|  |
| 所属施設 | 施設名 |
| 〒住所TELメールアドレス |
| 所属部署 |  |
| 勤務形態 | いずれかに○を　（　専　従　・　兼　務　） |
| 個人連絡先 | **※本人に直接連絡を希望する場合のみ記入**連絡先TELメールアドレス |
| 資格・領域等 | **該当番号に〇をし、(　)内に分野・領域を記入**①専門看護師（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）②認定看護師（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）③認定看護管理者④特定行為研修修了（　　　　　　　　　　　　　　　　　）⑤精神科認定看護師⑥その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 活動実績（院内） | ①院内研修の企画運営　　　②院内研修の講師　　　③新人研修の講師④研究のアドバイス　　⑤専門領域の実践指導　　⑥その他（　　　　　　　　　） |
| 活動実績（院外） | ①看護協会の研修会講師　②看護学校の講師　　　③看護系大学・短大等での講師④他施設の研修講師　　⑤他施設の相談･指導　　⑥その他（　　　　　　　　　） |
| **【活動内容・自己アピール】** |
| 長野県看護協会リソースナースとして上記の者の登録を承認します。　　　　　　　　　　　　　　　看護部門の責任者　　　　　　　　　　　　　　　印 |

※長野県看護協会の個人情報保護規定を遵守し、本用紙の管理を行います。