**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。