別紙２（申込みの看護職員1人につき1枚記入してください。**提出ない場合は受講できません。**）

**厚生労働省「新型コロナウイルス感染症対応看護職員養成事業」**

**重症患者対応研修　研修申込書**

※太枠内の項目をご記入ください。

※回答欄に選択肢がある項目は、いずれかに〇をしてください。

※新潟県看護協会ホームページに掲載の、「公益社団法人新潟県看護協会個人情報保護法規定」により、個人情報の取り扱いを確認してください。（URL：https://www.niigata-kango.com/file/privacy.pdf）

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 氏名 |  |
| 1. 免許 | 保健師 　／ 　助産師　 ／ 　看護師　 ／ 　准看護師 |
| 1. 受講する研修の   都道府県名 |  |
| 1. 勤務施設名 |  |
| 1. 勤務先の   都道府県名 |  |
| 1. 居住している   都道府県名 |  |
| 1. 電話番号 | ( ) － |
| 1. （フ　リ　ガ　ナ）   メールアドレス | *（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）* |

**◇⑦電話番号、⑧メールアドレスは、正確にご記入ください。電話は照会が必要な際に連絡がつく番号としてください。メールアドレスは、他の申込者と重複しないものとしてください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 新型コロナウイルスに対する看護経験をお答えください | |
| -１：新型コロナウイルス患者への対応経験  がありますか | はい　／　いいえ |
| -２：人工呼吸器管理の経験がありますか | はい　／　いいえ |
| -３：ECMOを管理した経験がありますか | はい　／　いいえ |
| -４：集中治療室等での勤務経験年数（通算） | 無し　／　１年未満　／　１～３年未満  ３～５年未満　　／　　５～10年未満  10年以上 |
| ⑩　集中治療室等においてコロナ重症患者  対応を行う予定がありますか | はい　／　いいえ |

|  |  |
| --- | --- |
| 個人情報の取り扱いについて | 同意する　／　同意しない |
| 当協会の個人情報保護法規定により「個人情報の取り扱いについて」に同意いただける場合は、「同意する」に○印を記入してください。  同意いただけない場合は、申込いただけませんのでご了承ください。 | |

◆別紙１と合わせて所属を通じてお申込みください。受講決定後、所属を通じて受講にあたっての注意事項等をご連絡いたしますので、必ずご確認ください。