

『精神科中堅看護師のためのリスキリング・プログラム』への  
参加申込書

※以下の空欄に必要事項をご記入ください。1～7は欄を広げてご記入ください。

参加申込者氏名 (性別フリガナ)	(女・男, )	生年月日 (年齢)	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
勤務病院 (職位) E-mail	( ) ( )	勤務病棟 の治療機 能(※)	
最終学歴	卒業		
	看護師としての経験年数		年
	精神科看護師としての経験年数		年
1. 本プログラムに参加しようとお考えになった動機をお聞かせください。			
2. 本プログラムに参加するにあたって、何か心配していることはありますか。			
3. 本プログラムにはどこから参加しますか。			
4. 現在、あなたが勤務している病棟には、どのような課題があるとお考えですか。			
5. あなたはその課題に取り組んでいますか、それともまだ着手できていませんか。			
6. 課題に取り組むにあたって、あなたに不足や不安があるとすればそれはどのようなことですか。			
7. この課題を解決するに際して、今年度内に、あなたは「どのようなことを」「どこまで」実施するお考えですか。その概略を月毎に計画してみてください。			