**北海道大学病院**

**新人看護職員対象研修申込書**

記載日　年　月　日

1. **施設について**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名　（病床数） |  | | |
| 代表者または担当者名 |  | | |
| 住所 |  | | |
| 電話番号（内線） |  | | |
| FAX番号 |  | | |
| メールアドレス |  | | |
| 1. **新人看護職員について**   ※対象は免許取得後2025年度に初めて就業する新人看護職員（看護師または助産師） | | | |
| 2025年度新人看護職員入職数 |  | | |
| 研修参加希望人数 |  | | |
| 1. **参加希望項目について**（参加希望の研修に〇をつけてください） | | | |
| 研修名 | 希望 | 開催月 | 研修項目 |
| 新人技術研修 |  | 5月 | 筋肉注射・皮下注射 |
|  | 5月 | 採血と検体の取り扱い |
|  | 6月 | 輸液ポンプシリンジ |
|  | 7月 | 救命救急 |
|  | 8月～11月 | 12誘導心電図・心電図・パルスオキシメーター |
|  | 経管栄養 |
|  | 輸血 |
|  | 口腔・鼻腔・気管内吸引ネブライザー |
|  | ドレーン類の管理 |
|  | 膀胱留置カテーテル挿入と管理 |

1. **その他（調整、希望事項がありましたら記載ください）**

|  |
| --- |
|  |

1. **研修申し込み後の流れ**

・申込後、当院担当者より連絡します。希望の研修項目、日程の詳細を確認します。

・研修採択後「新人看護職他施設受け入れ研修申請書」にて、参加者の氏名、免許の種類、免許番号、取得年月日等の詳細を確認します

　取得した個人の情報は研修および、新人看護職員臨床実践能力向上研修支援事業に係る補助金申請にのみ使用します

1. **連絡先**

　北海道大学病院・看護部キャリア支援室

℡011-706-7807（直通）　　E-mail: career@huhp.hokudai.ac.jp