

(様式第3)

### 履修証明プログラム受講願書兼履修者登録票

フリガナ				*写真添付欄
氏名				
生年月日等	(西暦) 年 月 日生			
	(男・女)	年齢		
住所	〒 -	TEL	- -	
		携帯	- -	
		E-mail		
所属機関等名	〒 -	TEL	- -	
所属・役職等				
専門職としての経験年数		その他の保有資格・免許等		
学歴	年 月			
*高校卒業及びそれ以降の学歴について記載	年 月			
	年 月			
	年 月			
受講希望 *該当する方を○で囲んでください。	全科目履修 ・ 単元履修			
所属長署名・押印欄	氏の上記プログラムの受講を了承し、承認します。			印

\* 記載していただいた情報は、本事業以外の目的に利用することはありません。

履修者番号	
-------	--

受講希望理由	

\*以降、看護実践研究センターで記入

プログラムの受講状況				
年度	科目名	受講時間	担当教員	判定結果
	看護の動向と課題			
	地域医療連携の概要と現状			
	リハビリ職からみる地域医療連携			
	連携のためのスキル			
	地域包括ケアシステムの現状と課題 MSW が果たす役割			
	地域包括ケアシステムの現状と課題 コミュニティが果たす役割			
	事例から地域包括ケアシステムを考える			
	皮膚ケアの看護			
	摂食・嚥下困難を抱える患者の看護			
	生活習慣病を抱える高齢患者の看護			
	フィジカルアセスメント 呼吸器			
	フィジカルアセスメント 循環器			
	フィジカルアセスメント 腹部(消化器系)			
	終末期にある患者の看護			
	看護研究の進め方			
	事例研究の基礎			
	量的研究の基礎			
	質的研究の基礎			
	倫理的配慮			
	研究計画書の意義と方法			
	研究計画書の作成方法			
	研究計画書の作成・発表			

修了年月日	年 月 日
履修証明書番号	