申請処理番号（事務局記載）：No.

**集中治療認証看護師制度　指定研修　申請書**

**Ⅰ申請者記載欄**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 所属：　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：  メールアドレス：  連絡先： |
| 申請日 | 西暦 年 月 日 |
| 研修主催 | □日本集中治療医学会（□　　　　　支部会・□　　　　　委員会）  □その他（　　　　　　　　　　） |
| 研修形式 | □対面形式：  □講習会・講演会（LIVE）　・　□シンポジウム、ワークショップ（LIVE）  □Web形式  □講習会・講演会（LIVE・オンデマンド）　・　□e-learning  □その他（　　　　　　　　　　） |
| 受講証明書の発行 | 開催主体名による受講証明書の発行　　※申請には受講証明書の発行が必須となります □あり　　　□なし |
| 開催日（期間） | 西暦　　　　年　　月　　日 |
| 開催時間 | □１時間以内　　　□2時間～5時間未満　　　□5時間以上  ※ web形式の研修については、確認テスト等の所要時間も研修時間に含めます |
| 研修名・概要  カテゴリー判定の  参考とします | 研修名：  概要： |
| 研修告知メール  配信希望 | 集中治療認証看護師（メールアドレス登録者）へのメール配信希望  □あり　　　□なし |
| その他（自由記載） | □特になし |

**Ⅱ申請結果通知欄：学会認証看護師制度委員会 記載欄**

|  |  |
| --- | --- |
| 指定研修の可否 | □指定研修として認めます（下記の通り、情報公開をお願いします）  □指定研修として認められません  理由（　　　　　　　　　　） |
| 指定カテゴリー | □A：疾病管理と臨床判断・EBP  □B：ケアリング・代弁者・道徳的主体者  □C：コラボレーション・マネジメント・教育 |
| 指定ポイント | □2ポイント　　　□5ポイント　　　□10ポイント |
| 特記事項 | ※ 研修告知メール配信希望で「あり」を選択された方は、告知準備が整い次第、問合せ先が明記されたメール本文、添付文書等をご準備のうえ、事務局へご連絡ください |