令和　　　年　　　月　　　日

公益社団法人福岡県看護協会

会　長　大和　日美子　宛

(施設名)

(施設会員代表者名)

**福岡県看護学会研究発表支援員任期確認書**

|  |  |
| --- | --- |
| 継続について | 可　・　不可 |
| 氏　　名 | 　様 |
| **※継続可能で変更がある場合は、下記にご記入ください** |
| 職　　位 |  | 福岡県看護協会会員番号 |  |
| 連　絡　先 | 施設TEL | 施設FAX |
| e－mail　　　　　　　　　　　　　　　　　@ |
| 現　職　種 | 保健師　 　　助産師　 　　看護師　 　　養護教諭　 　　教員 |
| 看護活動経験年数 | 臨床歴　　　　　　年　　　　　　 | 教育歴　　　　　　年 |
| 主な研究分野 | 基　礎 | 母　性 | 小　児 | 成　人 | 地　域 | 在　宅 |
| 老　年 | 精　神 | 管　理 | 教　育 | その他（　　　　　　　　） |
| 資　　　格 | 専門看護師 |  | 分　　野 |
| 認定看護師 |  | 分　　野 |
| 認定看護管理者 |
| その他 |  |
| 研究発表・研究内容について（学会名・タイトル　等） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 所属長宛の文書(就任依頼等に同封) | 不　　　　要　　・　　必　　　　　要 |
| 必要の場合は役職をご記入ください |
| 所属長 |  |
| 所属部長 |  |
| その他 |  |

**提出先は【別紙1】福岡県看護学会研究発表支援員任期確認書提出方法についてに記載をしております。**

**提出先が不明な場合は、下記連絡先までご連絡ください。**

公益社団法人　福岡県看護協会

教育研修部　教育研修課　学会担当

TEL：(092）631-1170（平日9時00分～17時00分）