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2】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）