

【Form1：事前申請書】*太枠内のご記入をお願いします。

(2017年4月21日改訂)

受付番号	
申請団体名	
開催日	
会場	
研修名	
該当研修	下記の該当する項目に☑してください。
<input type="checkbox"/> ステップアップ研修 <input type="checkbox"/> ①出血時の対応に関する研修（常位胎盤早期剥離） <input type="checkbox"/> ②倫理に関連した研修 <input type="checkbox"/> ③助産師および後輩教育等に関連した研修 <input type="checkbox"/> ④学術集会への参加および発表	<input type="checkbox"/> 必須研修 <input type="checkbox"/> ①新生児蘇生法（NCP）Bコース以上 <input type="checkbox"/> ②分娩期の胎児心拍数陣痛図（CTG）に関する研修 <input type="checkbox"/> ③フィジカルアセスメント：妊娠期 <input type="checkbox"/> ④フィジカルアセスメント：神経 <input type="checkbox"/> ⑤フィジカルアセスメント：呼吸・循環 <input type="checkbox"/> ⑥フィジカルアセスメント：代謝 <input type="checkbox"/> ⑦フィジカルアセスメント：新生児 <input type="checkbox"/> ⑧子宮収縮剤の使用と管理 <input type="checkbox"/> ⑨助産記録 <input type="checkbox"/> ⑩妊娠から授乳期における栄養 <input type="checkbox"/> ⑪周産期のメンタルヘルス*注1 <input type="checkbox"/> ⑫母体感染のリスクと対応
研修目的	
研修目標	
主な研修対象者	

*注1 2017年度は日本助産実践能力推進協議会のオンデマンドのみ承認研修とします。

研修時間と 主な内容	〇〇：〇〇 ～ 〇〇：〇〇 （〇〇分間）		
	時間	内容	方法
	分	事前テスト	講義
	分	1. 2.	
分	1. 2.	演習	
分	事後テスト ※事前テストと同問題		
講師名と職種	講師名： 職 種：		
開催責任者名			
開催責任者 連絡先	住所： 電話： E mail：		