**院内研修記録**

**（講師・指導者用）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 講師名 |  | | 職種 | | (　）リウマチ財団登録医  (　）リウマチケア看護師  (　）リウマチ財団登録薬剤師  (　）リウマチ財団登録理学・作業療法士 | | | | 登録番号 |
| 施設名 |  | 診療科・  部署名 | |  | | | 職位 |  | |
| 施設連絡先  （電話等） |  | | 研修会等会場名 | | |  | | | |
| 開催日程 | 平成・令和　　年　　月　　日　　時　　分 ～　 時　　分（　　時間　　分） | | | | | | | | |
| 研修会等名称  （テーマ） |  | | | | | | | | |
| 研修会等形式 | 講　義　　セミナー　　カンファランス　　技術指導　　技能研修　　症例・事例検討会  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| カリキュラムコード番号 | カリキュラムコードのうち最もあてはまる番号を記載（複数番号も可）  （　　　　　）、（　　　　　）、（　　　　　）、（　　　　　） | | | | | | | | |
| 研修の内容と概要（症例・事例検討会の場合は検討症例の診断名等事例を記入） |  | | | | | | | | |
| 研修会等への参加者人数 | 医　　　師：　　　　　　　　　　名  看　護　師：　　　　　　　　　　名  薬　剤　師：　　　　　　　　　　名  理学療法士：　　　　　　　　　　名  作業療法士：　　　　　　　　　　名  その他職種：　　　　　　　　　　名　　　　　　　　　　計：　　　　　名 | | | | | | | | |
| 研修会等の自己評価（□にチェックを） | 研修目標達成度  □達成  □ほぼ達成  □要研修  コメント： | | | | | | | | |
| 備　　考 |  | | | | | | | | |

**＊スペースが足りない場合は適宜スペースを追加して下さい。**

|  |
| --- |
| 申請者氏名 |

**＊＊講師・指導者が複数の場合、コピーを交付して下さい。**