**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 | 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。**