【訪様式１】

訪問看護サービス事業者支援事業「専門看護師・認定看護師等派遣事業」申込書

年　　月　　日

山形県看護協会　会長　様

施　設　名
代表者氏名

下記内容により派遣研修を申し込みます。

希望分野 ＊希望分野１つに☑をつけてください。		□救急看護　□皮膚・排泄ケア　□がん看護　□感染管理 □糖尿病看護　□透析看護　□摂食・嚥下障害看護 □認知症　□脳卒中リハビリテーション　□精神看護　□在宅看護 その他（　　）
連絡先	住所	〒
	担当者名	
	電話番号	
	ＦＡＸ番号	
	Ｅ－mail	
研修開始希望時期		月　　日（　　）　頃
研修会場名		
会場所在地		
使用できる機材 ＊準備可能な機材に☑をつけてください。		□　パソコン（パワーポイントインストール済）　□　インターネット接続 □　プロジェクター　□　スクリーン　□　マイク

【施設における課題・解決したいことはどんなことかお書きください。】
【現状と課題】

【目標　なりたい（あるべき）姿】

必要事項をご記入のうえ、郵送・ＦＡＸ・ｅメールのいずれかでお申し込みください。

【申込先】　〒990-2473　山形市松栄一丁目５番４５号
公益社団法人山形県看護協会
在宅推進担当　菅野弘美　井上理絵
TEL　023－685-8033　　FAX　023－646-8868
e-mail : h-sugano@nurse-yamagata.or.jp