

【訪様式1】

訪問看護総合支援センター事業
「専門看護師・認定看護師等派遣研修事業」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		<input type="checkbox"/> 救急看護 <input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア <input type="checkbox"/> がん看護 <input type="checkbox"/> 感染管理 <input type="checkbox"/> 糖尿病看護 <input type="checkbox"/> 透析看護 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害看護 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 脳卒中リハビリテーション <input type="checkbox"/> 精神看護 <input type="checkbox"/> 在宅看護 <input type="checkbox"/> その他()			
*希望分野1つに☑を付けてください					
連絡先	住所				
	担当者名				
	電話番号				
	FAX番号				
	E-mail				
開催希望日時	第1希望	月	日()	時	分
	第2希望	月	日()	時	分
	第3希望	月	日()	時	分
研修会場					
会場所在地					
使用できる機材		<input type="checkbox"/> パソコン(パワーポイントインストール済) <input type="checkbox"/> インターネット接続 <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> マイク <input type="checkbox"/> その他()			
*準備可能な機材に☑を付けてください					
研修企画	テーマ				
	研修企画理由(現状の課題)				
	目的				
	3か月後の目標				
	内容				
	対象者(職種)				
人数					

* 必要事項をご記入のうえ、E-mail・FAX・郵送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 訪問看護総合支援センター

TEL 023-685-8033

FAX 023-646-8868

e-mail:r-inoue@nurse-yamagata.or.jp