【様式１２】

山形県認定看護師等活用事業「出前研修」申込書

年　　月　　日

山形県看護協会長　殿

施　設　名
代表者氏名

下記内容により出前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		
開催希望日時 ＊別月の希望日もご記入ください。		第一希望	月　日（　）　時　分　～　時　分
		第二希望	月　日（　）　時　分　～　時　分
		第三希望	月　日（　）　時　分　～　時　分
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
研修企画	テーマ		
	目的		
	内容		
	対象者（職種）		
	人数		

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　教育研修課
TEL　023－685-8033　　FAX　023－646-8868
e-mail　kensyu@nurse-yamagata.or.jp