【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