【訪様式1】

山形県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 殿

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☑を付けてください		□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（1.5時間）	第1希望	月　日（　）　時　分～　時　分
	第2希望	月　日（　）　時　分～　時　分
	第3希望	月　日（　）　時　分～　時　分
研修会場		
会場所在地		
使用できる機材 ＊準備可能な機材に☑を付けてください		□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 □その他（　　）
研修企画	テーマ	
	企画理由(現状の課題)	
	目的	
	内容	
	対象者(職種)	
	人数	

＊ご記入のうえ、E-mail・FAX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　　在宅推進課担当
TEL 023-685-8033　　FAX 023-646-8868
e-mail:zaitaku@nurse-yamagata.or.jp