

認定看護師出張講座申込書（スタッフ勉強会、研修会専用）

申込先・連絡先：京都山城総合医療センター 看護部

FAX：0774-72-2155（事務局）

TEL：0774-72-0235 代表（感染対策室：大植）

1. 貴施設名			
担当者ご氏名			
住所			
TEL		FAX	
メールアドレス（希望時）			
2. 依頼したい分野（依頼したい分野名に☑してください）			
<input type="checkbox"/> 緩和ケア	<input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア		
<input type="checkbox"/> がん性疼痛	<input type="checkbox"/> 感染管理	<input type="checkbox"/> 集中ケア	
3. 依頼内容（相談内容を含む）			
1) テーマ			
2) 希望内容をできるだけ具体的にご記入ください			
4. 希望日時（できるだけ2か月先以降のご希望をご記入ください）			
第1希望	月	日（ ）	: ~ :
第2希望	月	日（ ）	: ~ :
5. 参加人数（予定）	人	6. 職種：看護師 介護士 ケアマネ 社会福祉士 ヘルパー	
		その他（ ）	
7. 開催場所			
8. プロジェクター設置（有・無）、プロジェクター操作用パソコン（有・無）、スクリーン（有・無）			
9. その他（ご意見 ご要望があればご記入ください）			

連絡事項

- ・後日、担当する認定看護師より、打ち合わせのお電話を致しますのでご了承ください。
- ・原則、プロジェクターの設置がある機関はパワーポイントで、それ以外の機関については資料での勉強会となります。
- ・受講者施設にて会場準備・当日運営をお願いします。
- ・移動手段は自家用車を利用することがありますので、駐車場所（車1台）の確保をお願いすることがあります。