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）　　□緩和ケア　　　　　　　　□皮膚排泄ケア　　　　　　□認知症看護　　　　□摂食嚥下障害看護　□がん性疼痛　　　　　　　□がん化学療法　　　　　　□集中ケア　　　　　□感染管理 |
| 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。