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。

京都山城総合医療センター　認定看護師会