

福祉施設への出張研修 受講申込書

【申込先】 Fax 0956-23-8212 Mail nagasaki.kyaria@sweet.ocn.ne.jp HP http://nagasaki.kango-career.com

申込日: 年 月 日

| | | | |
|--------------------|--|---------------|------------|
| 施設名 | | | |
| 申込責任者 | 役職 | ふりがな 氏名 | |
| 住所 | 〒 | | |
| TEL | | | |
| Mail | | | |
| 研修依頼内容 | | | |
| 研修テーマ | | | |
| 主な内容 | | | |
| 研修目的 *複数回答可 | <input type="checkbox"/> 看護職の指導力向上 <input type="checkbox"/> 看護・介護の質の向上 <input type="checkbox"/> 施設全体の質の向上 <input type="checkbox"/> 職員の定着促進 <input type="checkbox"/> 施設基準獲得のために必要な研修 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 実施希望日 | 第1希望 | 年 | 月 日 (曜日) |
| | 第2希望 | 年 | 月 日 (曜日) |
| 実施時間 | 時 | 分 ~ | 時 分 |
| 実施場所 | | | |
| 実施方法 | <input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> オンライン研修(Zoom) | | |
| 機器設置状況 | パソコン <input type="checkbox"/> 準備できる <input type="checkbox"/> 準備できない プロジェクター <input type="checkbox"/> 準備できる <input type="checkbox"/> 準備できない | ※対面の場合ご記入ください | |
| 受講予定者数 | 合計 | 名 (看護職員 | 名・その他職員 名) |
| その他 | | | |
| この研修をどこでお知りになりましたか | <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> 研修計画書 <input type="checkbox"/> その他【 <input type="checkbox"/> チラシ(受取場所 → <input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他【 <input type="checkbox"/> | | |

※ 申し込み受付後、事務局よりメールを差し上げます。

※ 希望施設が多数の場合は先着順とさせていただきます。ご了承ください。