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://nagasakikango-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	〒
連絡先	TEL　　FAX
Mail	
研修依頼内容	
研修テーマ	□感染管理　□医療安全　□摂食嚥下　□皮膚排泄ケア(褥瘡含む)　□緩和ケア
内容 ＊具体的にご記入ください	
研修目的 ＊複数回答可	□ 看護職の指導力向上　□ 看護・介護の質の向上　□ 施設全体の質の向上　□ 職員の定着促進 □ 施設基準獲得のために必要な研修　□その他（　　）
実施希望日 ＊第3希望までご記入ください	第1希望　　年　　月　　日　（　　曜日） 第2希望　　年　　月　　日　（　　曜日） 第3希望　　年　　月　　日　（　　曜日）
実施時間	時　　分　～　　時　　分　（注：10：00～17：00内で60分～90分）
実施場所	
実施方法	□ 対面 □ オンライン研修（Zoom）
機器設置状況	パソコン　□ 準備できる　□ 準備できない プロジェクター　□ 準備できる　□ 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	□ホームページ　□研修計画書　□その他【　　】 □チラシ(受取場所 → □ハローワーク　□職場　□その他【　　】)

※ 申し込み受付後、確認の連絡をいたします。

※ 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。