



FAX:055-222-5988

1. 研修開催場所についてお聞きします。

- ①自施設を実施場所として提供可能  受け入れ可能な人数 () 名程度
- ②他施設へ出向いて研修を受けたい  参加可能な場所 (例:富士・東部地区、峡東地区、〇〇市内)
()

2. 具体的に希望する研修内容を3つお答えください。

参考 昨年度の内容 () 内は講師

- ・感染症胃腸炎について (感染管理認定看護師)
- ・老健における看取り (緩和ケア認定看護師)
- ・放射線暴露について (がん化学療法看護認定看護師)
- ・認知症の方への対応方法 (認知症看護認定看護師・領域Ⅱ委員)
- ・フィジカルアセスメントについて (大学教員)

①

②

③

3. 今年度中の研修を希望される方は、ご連絡先とご希望の時期を教えてください。こちらからご連絡させていただきます (いただいた情報を、本件に関する以外で使用するは一切ございません)

【ご連絡先】

- ・施設名:
- ・氏名:
- ・電話番号
- ・E-mail:

【希望する時期】

本用紙は 6月末日までに FAX(055-222-5988)でお送りください。