

認定看護師等派遣依頼書〔スタッフ勉強会、研修会専用〕

1. 貴病院名		担当者ご氏名・職種・役職〔		〕		
住所						
TEL		FAX				
連絡用メールアドレス						
2. 依頼したい分野		ご依頼内容に <input checked="" type="checkbox"/> してください				
<input type="checkbox"/> 透析看	<input type="checkbox"/> 手術看護					
<input type="checkbox"/> 糖尿病看護	<input type="checkbox"/> 集中ケア					
<input type="checkbox"/> 感染管理	<input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患					
<input type="checkbox"/> がん化学療法看護	<input type="checkbox"/> 慢性心不全					
<input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア	<input type="checkbox"/> 脳卒中リハビリテーション看護					
<input type="checkbox"/> 救急看護	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害看護					
<input type="checkbox"/> 緩和ケア	<input type="checkbox"/> 認知症看護					
<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> その他（		）			
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						
第1希望	月	日（ ）	:	～	:	
第2希望	月	日（ ）	:	～	:	
第3希望	月	日（ ）	:	～	:	
5. 希望見込み人数（予定）			人	6. 職種（		）
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						
9. その他（ご意見、ご要望あればご記入ください）						
福井赤十字病院地域医療連携課 FAX						0776-36-0240

連絡事項

- 今回担当する認定看護師より、打ち合わせのお電話をすることがありますのでご了承ください。
- 原則、プロジェクターの設置が有る機関はPOWERPOINTで、それ以外の機関については紙の資料での勉強会となります。
- 受講者施設にて研修資料印刷・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しますので、駐車場所（車1台分）の確保をお願いします。
- 今回の派遣に関する費用は無料ですので一切の心遣いは不要です。