

愛知県委託 在宅・介護領域職員研修事業 研修会

「介護施設出前講座」専用申込書

※2020年9月18日(金) までに郵送にてお申し込みください

申込年月日	西暦					年	月	日		
申込者 及び連絡先	施設名：									
	申込者氏名：			会員確認	<input type="checkbox"/> 会 員	当協会会員番号(お分かりの方)				
					<input type="checkbox"/> 非会員					
	〒									
	TEL：				FAX：					
希望する分野 (該当する□にチェック)	<input type="checkbox"/> 救急看護	<input type="checkbox"/> 緩和ケア	<input type="checkbox"/> 災害看護	<input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下看護	<input type="checkbox"/> 感染管理	<input type="checkbox"/> 透析看護	<input type="checkbox"/> 糖尿病看護	<input type="checkbox"/> 脳卒中看護	<input type="checkbox"/> がん化学療法看護
	<input type="checkbox"/> 精神看護	<input type="checkbox"/> 老人看護	<input type="checkbox"/> 認知症看護	<input type="checkbox"/> 慢性心不全看護		<input type="checkbox"/> 母性看護	<input type="checkbox"/> 家族看護	<input type="checkbox"/> 小児救急看護	<input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患看護	
	<input type="checkbox"/> その他 ()									
具体的内容 (1時間で可能な内容)	【記入例】・認知症の進行を予防するための対応方法 ・高齢者の皮膚の特徴とスキンケア ・在宅で注意が必要な感染症の予防と症状 等々を具体的に簡潔に記入してください。									
希望日時 (2020年9月以降と してください。)	第1希望	年	月	日 (曜日)	:	時	分	～	時	分
	第2希望	年	月	日 (曜日)	:	時	分	～	時	分
	第3希望	年	月	日 (曜日)	:	時	分	～	時	分
開催場所 (所在地)	住所： (会場) TEL：									
参加予定人数	計 名 (他施設からの受入可能人数 名)									
備考 (要望等)										