申込み年月日　令和３年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 令和３年度青森県看護協会認定看護師派遣事業申込書  【申込先】　公益社団法人青森県看護協会　事業課  ℡:017-723-7523　 FAX:017-735-3836　E-mail：[ao.nurse@ceres.ocn.ne.jp](mailto:ao.nurse@ceres.ocn.ne.jp) | | | |
| 施設名 |  | | |
| 担当者  連絡先 | 氏名 | | |
| 住所　〒（　　　　－　　　　） | | |
| 電話  （部署・内線） | | FAX |
| メールアドレス | | |
| **＊派遣を希望する日時や分野をご記入下さい。** | | | |
| **１．希望分野いずれか一つに○をつけてください。**  　　１　感染管理　　２　皮膚・排泄ケア　　３　認知症看護　　４　糖尿病看護 | | | |
| **２．派遣希望日時をご記入ください。　　※調整の結果、日程変更になる場合がございます。** | | | |
| 第１希望 | | 打合せ：　　　月　　　日（　　）　　　時　　　分　　～　　　時　　　分 | |
| 初回研修：　　月　　　日（　　）　　　時　　　分　　～　　　時　　　分 | |
| 第２希望 | | 打合せ：　　　月　　　日（　　）　　　時　　　分　　～　　　時　　　分 | |
| 初回研修：　　月　　　日（　　）　　　時　　　分　　～　　　時　　　分 | |
| **３．予定している研修回数　（　　　　　　　回）　　＊打合せ含めて最大4回までです**  **４．参加予定職種　　看護職（　　　　　　　人）　　他職種（　　　　　　　　人）**  **５．具体的な希望内容をご記入ください**  **６．その他連絡事項があればご記入下さい。** | | | |