

【申込先】 公益社団法人青森県看護協会 事業・ナースセンター課

FAX : 017-735-3836 E-mail : ao.nurse@ceres.ocn.ne.jp

令和4年度青森県看護協会訪問看護事業所実地研修 申込書

施設名

担当者氏名

電話

FAX

メールアドレス

1. 派遣を希望する分野に○をつけて下さい。

◇感染管理

◇皮膚・排泄ケア

◇緩和ケア

2. 希望する派遣形態に○をつけて下さい。

◇研修 (参加予定 名)

◇訪問同行 (予定件数 件)

3. 派遣希望月日を各項目第2希望までご記入下さい。

打ち合わせ ① 令和 年 月 日 () 時 分

② 令和 年 月 日 () 時 分

実施日 ① 令和 年 月 日 () 時 分

② 令和 年 月 日 () 時 分

※日程調整に2週間程度のお時間をいただきますので、ご了承ください。

4. 具体的な希望内容があればご記入下さい。

()

5. その他連絡事項があればご記入下さい。

()

申込期日：令和4年10月31日(月)