

送信票不要

F A X : 017-735-3836

メール : ao.nurse@ceres.ocn.ne.jp

申込先 : 青森県看護協会事業課 上山 行き

申込期日

5/20(火)

必着

## 保育施設への感染管理認定看護師派遣申込書

保 育 所 名

所 在 地

担 当 者 氏 名

電 話

FAX

メールアドレス

1. 派遣希望日を実施期間内(7/14~9/30)で第2希望までご記入下さい

◇ 第1希望 令和7年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分

◇ 第2希望 令和7年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分

※ 第1希望とは別の月をご記入ください

2. 申込み理由をご記入ください(必須)

( )

3. 希望される研修内容をお選びください(複数回答可)

基本的な感染予防について

嘔吐物処理について

手指衛生の実践

消毒液・洗剤について

小児の感染症について

園内や園庭のラウンド



具体的に

( 例 : ノロウイルス・手足口病 )

4. 研修の参加予定人数 ( ) 人