＜返信・返送方法について＞

この報告書は終了後、2週間以内にご提出して下さい。

1. Ｅ－ｍａｉｌ：　**kango.21@nurse-saitama.jp**
2. ＦＡＸ：　048－624－3331　埼玉県看護協会研修センター：西大宮)

　 ③ 郵　送：　〒331－0047　さいたま市西区指扇3735

― 平成29年度・認定看護師派遣事業（介護施設への認定看護師派遣事業）―

**研修実施報告書（介護施設用）**

報告日：平成　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 　記載欄 |
| 施設名 |  |
| （いずれかに☑ ：□特別養護老人ホーム　□介護老人福祉施設）　　　 |
| 住所 |  |
| 電話番号 | 　　　　　　―　　　　　　　― |
| 施設側担当者名 |  |
| 実施日時 | 平成　　年　　月　　日（　　　曜日）（　　　時　　　分～　　　時　　　分）　　　　　　　　　 |
| 受講者の職種(ｶｯｺ内は受講人数) | □看護師（　　　　　　人）　　□准看護師（　　　　　人）　□介護職員（　　　　　人）　　□理学療法士・作業療法士（　　 　　人）□その他［職種：　　　　　　　　　　　　　　　 ］（　 　　　人）　※合計（　　　　　　人） |
| 講師氏名 |  |
| 認定看護師の認定分野 | □ 認知症看護　　　□ 皮膚・排泄ケア　　　□ 感染管理□ 摂食・嚥下障害看護　　 □ 緩和ケア |
| 受講内容の概要 |  |
| 受講者の感想や反応など |  |
| 担当者の感想・要望など |  |
| 事務局使用欄 |  |