

No. \_\_\_\_\_

申込年月日：平成 年 月 日

# 平成30年度 認定看護師派遣申込書

介護施設への認定看護師派遣事業(特別養護老人ホーム・介護老人保健施設用)

【申込先 公益社団法人埼玉県看護協会】

FAX: 048-624-3331 (西大宮)

E-mail: kango.21@nurse-saitama.jp

施設名		サービスの種類	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設
連絡先	(担当者) 役職名:	住所: 〒 (      -      )	
	氏名:	TEL:	FAX:
	メールアドレス:		

派遣を希望する認定分野や日時をお書きください。  
※1分野について1枚の申込書でお願い致します。

## 1. 派遣分野: 希望する分野をチェック(☑)してください。(☑は1つのみ)

- |                                    |                                  |   |                                    |
|------------------------------------|----------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 認知症看護     | <input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア | <input type="checkbox"/> 緩和ケア           | <input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患看護 |
| <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害看護 | <input type="checkbox"/> 感染管理    | <input type="checkbox"/> がん性疼痛看護        | <input type="checkbox"/> 慢性心不全看護   |
| <input type="checkbox"/> 訪問看護      | <input type="checkbox"/> 糖尿病看護   | <input type="checkbox"/> 脳卒中リハビリテーション看護 |                                    |

2. 派遣希望日 (日曜・祭日を除く)	第1希望日( 年 月 日 )( )曜日
	開始時間: ~
	第2希望日( 年 月 日 )( )曜日
	開始時間: ~
	第3希望日( 年 月 日 )( )曜日
	開始時間: ~

## 連絡事項等

- 研修参加人数(      人位) ・ ■参加者職種(      )
- 研修内容希望
  
- その他