＜返信・返送方法について＞

**NO.**

**.**

**.**

 **.**

**.**

この報告書は終了後、2週間以内にご提出して下さい。

ＮＯ．

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：　〒331－0078　さいたま市西区西大宮3丁目3番地

― 平成30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　　□がん性疼痛看護　□訪問看護　□糖尿病看護　□脳卒中リハビリテーション看護　□慢性呼吸器疾患看護、□慢性心不全看護　 |
| 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 |  |