＜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**](mailto: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

― 令和元年度認定看護師派遣（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：令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 記載欄 |
| 施設名（派遣先） |  |
| （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 | 年　　月　　日（　　曜日）  （　　時　　分～　　時　　分）（　　　分） |
| 受講者の職種  (ｶｯｺ内は受講人数) | □看護師　（　　　名）　　□准看護師（　　　名）  □介護職員（　　　名）　　□理学療法士・作業療法士（　　 　名）  □その他［職種：　　　　　　 ］（　 　　名）  ※合計（　　　　名） |
| 講師氏名 |  |
| 認定看護師の  認定分野 | □皮膚・排泄ケア　□緩和ケア　□がん性疼痛看護　□訪問看護　　 □感染管理　□糖尿病看護　□摂食・嚥下障害看護　□認知症看護  □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 |  |