

申込年月日：令和 年 月 日

令和3年度 認定看護師派遣申込書

病院・訪問看護ステーション等用

【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

(支部)

施設名:

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"/> 救急看護 | <input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア | <input type="checkbox"/> 集中ケア | <input type="checkbox"/> 緩和ケア |
| <input type="checkbox"/> がん化学療法看護 | <input type="checkbox"/> がん性疼痛看護 | <input type="checkbox"/> 訪問看護 | <input type="checkbox"/> 感染管理 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病看護 | <input type="checkbox"/> 不妊症看護 | <input type="checkbox"/> 新生児集中ケア | <input type="checkbox"/> 透析看護 |
| <input type="checkbox"/> 手術看護 | <input type="checkbox"/> 乳がん看護 | <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害看護 | <input type="checkbox"/> 小児救急看護 |
| <input type="checkbox"/> 認知症看護 | <input type="checkbox"/> 脳卒中リハビリテーション看護 | <input type="checkbox"/> がん放射線療法看護 | <input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患看護 |
| <input type="checkbox"/> 慢性心不全看護 | | | |

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(名位) ・ ■参加者職種()

■研修内容希望