

## ＜看護職員のための出張研修・相談 申込書＞

\* 太枠内のみ記入し、下記まで郵送、FAX又はメールしてください。

\* 希望する内容に○をつけてください。

(        )出張研修    (        )出張相談(院内の教育体制、研修計画など)

受付番号		申込日	令和	年	月	日			
施設名						病床数			
所在地	〒        -								
管理者									
看護部責任者	職名								
研修責任者	職名								
電話	(        )	-	内線						
F A X	(        )	-							
メールアドレス									
参加予定人数	名								
出張 研修	希望の研修内容や方法・時期等について記入してください								
出張 相談	院内教育プログラム作成・見直し、研修企画等、相談したい内容について記入してください								
事前 打ち 合わせ	・第3希望まで記入してください		第1希望	令和	年	月	日(        )	時	分
	・日程調整後、貴院まで伺います		第2希望	令和	年	月	日(        )	時	分
			第3希望	令和	年	月	日(        )	時	分

連絡先    愛知県看護研修センター

〒466-0826 名古屋市昭和区滝川町36番地    愛知県立総合看護専門学校内

TEL    (052) 832-8607            FAX (052) 832-8627

メール    kangokenshu@pref.aichi.lg.jp