

＜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	・対面、オンラインもしくはお電話で打ち合わせをします。 ・研修の対象、目的等を確認します。					
事前打合せ希望日 (※打合時に研修・相談の日程を調整します)						
第1希望 令和 年 月 日() 時 分						
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