

公益社団法人 岡山県看護協会 会長 様

在宅ケアアドバイザー派遣申込書【初回】

令和 年 月 日

施設名／代表者名	施設名		／代表者名			
申込者名	※看護職(会員の方がおられる施設の場合は、会員の方がお申し込みください)					
連絡先	住所 〒					
	TEL:	FAX:				
	Eメール:					
希望する研修方法 (希望するものに○)	事例検討	研修会	その他 ()			
相談したい内容 聞きたい内容						
希望する アドバイザーの分野 (該当するものに○)	【専門看護師】 1 がん看護 2 精神看護 3 小児看護 4 母性看護 5 慢性疾患看護 6 急性・重症患者看護 【認定看護師】 1 救急看護 2 皮膚・排泄ケア 3 集中ケア 4 緩和ケア 5 がん化学療法看護 6 がん性疼痛看護 7 感染管理 8 糖尿病看護 9 透析看護 10 手術看護 11 乳がん看護 12 摂食・嚥下障害看護 13 認知症看護 14 脳卒中リハビリテーション看護 15 がん放射線療法看護 16 慢性呼吸器疾患看護 17 慢性心不全看護					
希望日時	第1希望	月	日 ()	時	分 ~ 時	分
	第2希望	月	日 ()	時	分 ~ 時	分
	第3希望	月	日 ()	時	分 ~ 時	分
参加人数及び 参加者の職種	人(予定)	看護職	介護職	リハビリ職	ケアマネジャー	その他() ※該当するものに○
その他	★ご希望等ありましたらご自由にお書きください。 ★実施場所が上記連絡先と異なる場合は、こちらにご記入ください。					

<申込先>公益社団法人 岡山県看護協会 事務局 在宅支援推進委員会

〒700-0805 岡山市北区兵団4番31号

TEL:086-226-3638 / FAX:086-226-1157