様式１－１

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】

平成　　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	※実施場所が異なる場合は、「その他」の欄にも実施場所をご記入ください 住所 〒		
	TEL：　　FAX：		
	Eメール：		
相談したい内容			
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		
希望する研修方法（希望するものに○）	事例検討　　勉強会　　その他（　　）		
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