社会医療法人母恋

日鋼記念病院 人事課　宛

**リソースナース　外部出前講座 申込書**

下記の内容にてリソースナースの派遣をお願いいたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 依頼元 団体名 |  | | | | | | |
| 代表者氏名 |  | | | | | | |
| 依頼リソースナース領域  ご希望の領域に○をつけてください。 |  | 在宅看護専門 |  | | 糖尿病看護（特定認定看護師） | | |
|  | 皮膚・排泄ケア |  | | 新生児集中ケア | | |
|  | 集中ケア |  | | 認知症看護 | | |
|  | 緩和ケア |  | | アドバンス助産師 | | |
|  | 感染管理 |  |  | | | |
| 依頼日時 |  | 第一希望 | 月　　　日 | | | 時ころ～　　時 | |
| 第二希望 | 月　　　日 | | | 時ころ～　　時 | |
| 第三希望 | 月　　　日 | | | 時ころ～　　時 | |
|  | リソースナースまたは所属部門の都合に合わせる | | | | | |
| 講座の対象者 |  | | | | 人数 | | 人 |
| 派遣依頼内容  ご希望の内容に○をつけてください。 「その他」の場合は ご希望の内容を記入ください。 | 1. 講義 | | | | | | |
| 1. 直接指導 | | | | | | |
| 1. ラウンドへの同行 | | | | | | |
| 1. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 依頼内容の概要 |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申し込み年月日 | |  | 部署名 |  |
| ご担当者様氏名 | |  | お役職 |  |
| ご連絡先 | TEL |  | | |
| FAX |  | | |
| E-MAIL |  | | |