

訪問相談（出張研修）申込書

※申し込みはFAXまたはメールで訪問相談希望日の3週間前までにお申し込みください。

FAX：097-545-3751

Mail：nintei@oita-kango.com

連絡先 大分県看護協会（担当者 寺沢）

TEL：097-574-7117

「訪問相談」を希望しますので、下記のとおり申し込みます。

	受付番号		受付日	年	月	日	(曜日)	
申込日	年	月	日	(曜日)				
施設名									
代表者氏名									
連絡先	担当者氏名								
	電話番号								
	Mail								
希望日時	第1希望	年	月	日	時	分	～	時	分
	第2希望	年	月	日	時	分	～	時	分
	第3希望	年	月	日	時	分	～	時	分
実施会場名 (会場所在地)	場所名								
	住所								
	電話番号								
希望する研修内容	<input type="checkbox"/> ① 標準予防策 <input type="checkbox"/> ② 環境の点検 <input type="checkbox"/> ③ 感染防止マニュアルの確認 <input type="checkbox"/> ④ その他								
参加予定者数	約	名	対象者の 職種						
備考									

※太枠欄内にご記入ください。