

整理番号 \_\_\_\_\_  
平成 年 月 日

国立大学法人信州大学 殿

先端医療教育研修センター 看護教育研修申請書

貴院において、下記により病院研修を受けたいので、許可下さるようお願い致します。

|  |                         |
|--|-------------------------|
| 施設名  |                         |
| 施設長  |                         |
| 研修目的   |                         |
| 研修希望日  | 平成 年 月 日 ~ 月 日          |
| 参加人数   | 名 (参加者名は別紙)             |
| 参加者の背景   | ( 新人 教育担当者 )<br>( その他 ) |
| 希望する技術研修   |                         |
| <input type="checkbox"/> フィジカルアセスメント ( 90分 3時間 5時間研修 ) |                         |
| <input type="checkbox"/> 静脈注射研修 ( 90分 )                |                         |
| <input type="checkbox"/> 吸引療法研修 ( 90分 )                |                         |
| <input type="checkbox"/> 酸素療法研修 ( 90分 )                |                         |
| <input type="checkbox"/> 導尿研修 ( 90分 )                  |                         |
| <input type="checkbox"/> スキンケア研修 ( 90分 )               |                         |
| <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ研修 ( 90分 )               |                         |
| <input type="checkbox"/> 設備のみ使用 (使用予定のシミュレーション器材 )     |                         |
| <input type="checkbox"/> 復帰支援プログラム (計 12時間)            |                         |

連絡先 研修代表者氏名 (電話 )  
\_\_\_\_\_  
(E-Mail )  
\_\_\_\_\_  
事務担当者名 (電話 )  
\_\_\_\_\_

連絡先 先端医療教育研修センター  
教育担当看護師長  
電話: 0263-37-2556  
Fax : 0263-37-2733(看護管理室)  
Mail [reserve@etcam.jp](mailto:reserve@etcam.jp)