独立行政法人　地域医療機能推進機構　九州病院　看護部

専門・認定看護師　研修　依頼書

本日の日付　　　　年　　　月　　　日

依頼者名　　　　　　　　　　　　　様　　　　所属機関名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail：

患者情報

年齢　　　　歳　　　　　　　　　男　　・　　女

病名

相談したい専門看護師・認定看護師・診療看護師（該当する領域に☑をつけてください）

□専門看護師

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □がん看護 | □慢性疾患 | □感染症看護 | □老人看護 |

□認定看護師

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □感染管理 | □皮膚・排泄ケア | □救急看護 |
| □小児救急看護 | □集中ケア | □手術看護 |
| □糖尿病看護 | □がん化学療法看護 | □緩和ケア |
| □がん放射線療法看護 | □認知症看護 | □摂食嚥下障害看護 |
| □慢性心不全看護 | □脳卒中リハビリテーション  看護 | □クリティカルケア看護 |

□診療看護師

開催日の希望

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

依頼したい研修の内容など

|  |
| --- |
| １．研修の対象者： |
| ２．研修の参加人数 |
| ３．研修内容： |