**①**

**『看看連携研修』研修受け入れ意向調査票**

**FAX番号　078－361－6652**

**メールアドレス　vncsc21@hna.or.jp**

**回答締切日　令和4年7月11日(月)**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 担当者 |  |
| 住　所 |  |
| 連絡先 | 電話（　　　　　　　　　　 　　　　　）  FAX（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  E-mail（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

【謝金について】いずれかに☒（左クリック）をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 謝　金 | 受け取る　　　 　辞退する |

※口座振り込みとなります。

**※②の施設情報についてもお送りください。**

**②**

**【受け入れ可能施設について】**　※内容は、可能なものに☒（左クリック）をご記入ください。

**≪病院≫**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | | | 担当者 |  |
| 住　所 |  | | | | |
| 連絡先 | 電　話（　　　　　　　　　　　　　）　FAX（　　　　　　　　　　　　　）  E-mail（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　） | | | | |
| 人数  （１回あたり） |  | 時期 | ※具体的にご記入ください | | |
| 内　容 | 地域連携　　　外来　　　病棟　　　最新医療　　　他職種連携  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 受け入れ  条件・PR等 |  | | | | |

**≪訪問看護ステーション≫**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | | | 担当者 |  |
| 住　所 |  | | | | |
| 連絡先 | 電　話（　　　　　　　　　　　　　）　FAX（　　　　　　　　　　　　　）  E-mail（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　） | | | | |
| 人数  （１回あたり） |  | 時期 | ※具体的にご記入ください | | |
| 内　容 | 一般　小児　精神　関連サービス　その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 受け入れ  条件・PR等 |  | | | | |

**≪その他、介護関連施設≫〔施設の種類：　　　　　　　　　　　　　　　　〕**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | | | 担当者 |  |
| 住　所 |  | | | | |
| 連絡先 | 電　話（　　　　　　　　　　　　　）　FAX（　　　　　　　　　　　　　）  E-mail（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　） | | | | |
| 人数  （１回あたり） |  | 時期 | ※具体的にご記入ください | | |
| 内　容 | 入所　通所　認知症　関連サービス　その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 受け入れ  条件・PR等 |  | | | | |

【連絡先】公益社団法人　兵庫県看護協会　事業部　村田・細目

　　　　　TEL　078－341－0255（直通）　 FAX　078－361－6652

　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　078－361－6652