

福祉施設への出張研修 受講申込書

【申込先】 Fax 0956-23-8212 Mail nagasaki.kyaria@sweet.ocn.ne.jp HP <http://nagasakiango-career.com>

申込日: 年 月 日

施設名			
申込責任者	役職	ふりがな 氏名	
住所	〒		
TEL			
Mail			
研修依頼内容			
研修テーマ			
主な内容			
研修目的 *複数回答可	<input type="checkbox"/> 看護職の指導力向上 <input type="checkbox"/> 看護・介護の質の向上 <input type="checkbox"/> 施設全体の質の向上 <input type="checkbox"/> 職員の定着促進 <input type="checkbox"/> 施設基準獲得のために必要な研修 <input type="checkbox"/> その他()		
実施希望日	第1希望	年	月 日 (曜日)
	第2希望	年	月 日 (曜日)
実施時間	時	分 ~	時 分
実施場所			
実施方法	<input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> オンライン研修(Zoom)		
機器設置状況	パソコン <input type="checkbox"/> 準備できる <input type="checkbox"/> 準備できない プロジェクター <input type="checkbox"/> 準備できる <input type="checkbox"/> 準備できない	※対面の場合ご記入ください	
受講予定者数	合計	名 (看護職員	名 ・ その他職員 名)
その他			
この研修をどこでお知りになりましたか	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> 研修計画書 <input type="checkbox"/> その他【 】 <input type="checkbox"/> チラシ(受取場所 → <input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他【 】		

※ 申し込み受付後、事務局よりメールを差し上げます。

※ 希望施設が多数の場合は先着順とさせていただきます。ご了承ください。