|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 部会名 |  | | | |
| 研修会担当者 |  | 連絡先 | | TEL  メール |
| 研修のテーマ |  | | | |
| 開催日時 | 月　　　　日　（　　　　）　　　　時　　　分　～　　　時　　　分 | | | |
| 会場 |  | | | |
| 講師名・役職等 | （ふりがな） | | | |
| 講師の報償費 | 円 | | 支払い方法   * 個人支払い　　□法人支払い | |
| 依頼文の送付先 | 〒  （住所） | | | |
| 演題名 |  | | | |
| 研修会のねらい | 対象者：　□初任者　□中堅　□管理者レベル  （ねらいの記入例：　グループワークをとおして、必要な時に必要な看護サービスが円滑に提供できる関係を構築する） | | | |
| 研修会参加  対象部会 | （　　　）すべての部会  （　　　）一部の部会（対象部会に☑する）  □病院部会　□医師会部会　□歯科医師会部会　□薬剤師会部会  □訪問看護ﾈｯﾄﾜｰｸ部会 □リハビリネット部会 □ケアマネット部会  □小規模多機能部会　 □デイネット部会　　 　　□ヘルパーネット部会　□施設部会　　　　　　　 □グループホーム部会　□住まい部会　　　　　　　　　　□地域支援部会　　　　 □保健福祉部会 | | | |