きずケア訪問看護リハビリステーション　研修申し込み

依頼者記載欄

|  |  |
| --- | --- |
| 代表者（依頼者）様の氏名 | ふりがな |
|  |
| 施設名 |  |
| 連絡先 | □電話□メール返信する際のご希望を☑してください |
| 研修者希望 | □WOCN（皮膚・排泄ケア認定看護師）□OT（作業療法士） |
| 内容 | □褥瘡予防□褥瘡処置□足潰瘍について□ストーマケアについて□排泄ケアについて□症例検討□シーティング・ポジショニング□福祉用具・住環境□その他困っていることなど具体的にお書きください。 |
| 研修希望日時 | 第1希望第2希望第3希望□30分　　□1時間　□その他（　　　　　　） |
| 研修方法 | □集合研修（出張）　（出張先・部署：　　　　　　　　　　　　　）　□Zoom　　□その他 |

申し込み受け取り後、日時や内容の詳細について聞き取りさせていただくため、ご希望の返信先へご連絡いたします。なお研修資料等の作成もありますので、研修日時は申し込みから1か月ほどお時間を頂くことがありますのでご了承ください。

FAX送信先：0985-71-1636

メール：kizucarehoumon.1112@gmail.com