

北上市在宅医療介護連携支援センター

センター長 柴 内 一 夫 様

施設名称 特別養護老人ホーム ○○○園

所在地 北上市○○町○○番○○号

代表者の
職・氏名 施設長 ○○○○

認定看護師等による出前研修受講申込書

出前研修を開催したいので、次のとおり申し込みます。

研修メニュー	メニュー番号 <u>3</u> 研修分野名：摂食・嚥下障害看護	
日 時	第 1 希 望	令和 4 年 1 0 月 1 4 日 (金) 15時00分～16時30分
	第 2 希 望	令和 4 年 1 0 月 2 0 日 (木) 18時00分～19時30分
研 修 会 場	名 称：特別養護老人ホーム ○○○園 所 在 地：北上市○○町○○番○○号 電話番号：6 5 - 0 0 0 0	
受 講 者 数	看護職	3 名
	介護職	5 名
	その他	1 名（職種：生活指導員）
※具体的に研修したい症例等があれば記入してください	・誤嚥性肺炎を発症する入所者が多く、その予防策と発症時の初期対応について学びたい ・口腔ケア時の留意点について学びたい	
連 絡 先	担当者 職・氏名：○○介護主任 ○○○○ 電 話：6 5 - 0 0 0 0 F A X：6 5 - 0 0 0 1 e-mail：tokuyou@gmail.com	

令和 年 月 日

北上市在宅医療介護連携支援センター

センター長 柴 内 一 夫 様

施設名称 特別養護老人ホーム ○○園

所在地 北上市○○町○○番○○号

代表者の
職・氏名 園長 ○○○○

認定看護師等による出前研修受講報告書

出前研修を終了したので、次のとおり報告します。

研修メニュー	メニュー番号 <u>3</u> 研修分野名：摂食・嚥下障害看護	
日 時	令和 4年10月14日(金) 15時00分～16時30分	
研 修 会 場	名 称：特別養護老人ホーム ○○園 電話番号：0197-65-0000 所 在 地：北上市○○町○○番○○号	
受 講 者 数	看 護 職	3 名
	介 護 職	4 名
	そ の 他	2 名（職種：生活相談員、管理栄養士）
研 修 内 容 の 理 解 度 等	研修内容は理解できましたか（当てはまる番号に○印をしてください） ① 理解できた 2 まあまあ理解できた 3 理解できなかった	
※受講した感想、意見、要望等があれば記入してください	・時間が丁度よかった ・質疑の時間をもっと取ってほしい ・○○の研修もやってほしい	
連 絡 先	担当者 職・氏名：○○介護主任 ○○○○ 電 話：65-0000 F A X：65-0001 e-mail：tokuyou@gmail.com	

※ 受講者からのアンケート調査用紙の取りまとめ、提出に御協力をお願いします。