

令和6年9月10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 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 ※必ず第2希望 まで記入願いま す。 | 第1希望 | 令和6年11月11日(月) 14時00分～15時00分 |
| | 第2希望 | 令和6年11月18日(月) 14時00分～15時00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：65-0000 | |
| 受講者数 | 看護職 | 2名 |
| | 介護職 | 8名 |
| | その他 | 2名（職種：相談員、管理栄養士・・・） |
| ※特に学びたい ポイントや困っ ている症例等が あれば記入して ください | ・誤嚥性肺炎を発症するリスクの高い入所者が多く、その予防策 と発症時の初期対応について学びたい。 ・口腔ケアの仕方について詳しく学びたい。 | |
| 連絡先 | 担当者 職・氏名：○○介護主任 ○○○○ 電話：65-0000 FAX：65-0001 e-mail：tokuyou@gmail.com | |

