

年 月 日

伊賀市立上野総合市民病院 宛

(施設名)

(代表者)

印

### 感染対策研修申込兼講師派遣依頼書

標記の件につきまして、伊賀市立上野総合市民病院 \_\_\_\_\_ 様に、下記の研修における講師を希望しますので申込します。

|  |  |
|--|--|
| 申込日  | 年 月 日 ( )  |
| 依頼施設名  |  |
| 依頼代表者氏名  |  |
| 依頼連絡先住所  | 〒  |
|  | (電話番号 - - )  |
| 希望日時   | 第1希望 年 月 日 ( ) 時 分から 時 分まで   |
|  | 第2希望 年 月 日 ( ) 時 分から 時 分まで   |
|  | *ラウンド時間は平日の 10:00~15:00 とさせていただきます   |
| 実施施設住所   | 〒  |
|  | (電話番号 - - )  |
| 対象者・人数   |  |
| 希望内容<br>(60分程度)  | (内容)<br><input type="checkbox"/> 支援ラウンドと研修会<br><input type="checkbox"/> 支援ラウンドと相談<br><input type="checkbox"/> 支援ラウンドのみ<br>(研修内容・担当者と要相談)<br>( )<br>※貴施設でご準備頂ける機器にチェックをお願いします(研修の場合)<br><input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> スクリーン |
| ※上記枠内をご記入ください。<br>※お申し込みは病院総務課窓口、郵送、FAX又はお電話でお願いいたします。             |  |
| 申込みお問い合わせ先：伊賀市立上野総合市民病院 病院総務課<br>TEL：0595-24-1111 FAX：0595-24-1565 |  |