

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5年12月20日(水) 13時30分～14時30分
	第2希望	令和6年1月11日(水) 13時30分～14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：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	

