

FAX: 03-5291-2176

日本褥瘡学会・在宅ケア推進協会 行

送信日： 年 月 日

講師派遣依頼申込書

1) 【希望日時】

第1希望 _____年 _____月 _____日 (_____曜)、 _____時～ _____時
第2希望 _____年 _____月 _____日 (_____曜)、 _____時～ _____時
第3希望 _____年 _____月 _____日 (_____曜)、 _____時～ _____時
その他の希望日 _____

2) 【講演・勉強会開催場所】

_____ (都・道・府・県)、 _____ (市・ _____)
会場の名称・施設名など： _____

3) 【人数及び主な職種】： 予定参加数約 _____ 名 職種 _____

4) 【希望講演内容】 (希望内容に○をつける。複数可)

創傷治癒理論、発症メカニズム、発症要因、危険度評価、創の評価、保存的治療、外科的治療、
手術治療、創傷被覆材、体圧分散用具、介護用品、下肢潰瘍、排泄ケア、スキンケア、
移動・移乗等、栄養、地域連携、医療介護制度、
その他 (具体的に _____)

5) 【希望事項】 例) ¹⁾スライド多く ²⁾医療職でないため専門用語を使わないで欲しい、など

6) 【主催団体名】

学会・研究会・団体主催の講演会 : 団体名 _____
企業主催・共催の講演会 : 企業名 _____
地域・施設の勉強会 : 名前 _____
その他 : _____

7) 【費用について】

交通費 : (実費 or 上限価格 _____ 円) その他の条件 _____
宿泊費 : 宿泊が必要な場合宿泊費の支払い (可・否) _____
講演料 : _____ 円

8) 【依頼者の情報 (連絡先)】

担当者 : _____ 様
電話番号 : _____ FAX 番号 _____
e-mail アドレス : _____
連絡先住所・勤務先名等
〒 _____

