

*FAX 送付状不要 *E-mail 件名：看護師・見学研修申込み

貴院において、造血幹細胞移植医療の研修を受けるにあたり、以下の通り申込みいたします。

・氏名 ・職名 (複数申込可)	旅費支給 あり ※自宅、勤務先 共に 岡山市外の医療従事者の方に、支給いたします。
	宿泊あり <input type="checkbox"/> (前泊あり <input type="checkbox"/> / 前泊無し <input type="checkbox"/>) / 宿泊無し <input type="checkbox"/> ※前泊は最寄り駅を7時30分より前に出発される方が対象
	旅費支給 なし
・所属機関名 ・部署名 *こちらへ書類をお送りします。	
・連絡先 *折り返しの確認が可能な連絡先をご記載ください。	

※恐れ入りますがご希望に添えない場合、また当日の業務により変更がある場合がございます。

希望日程	第1希望：	第2希望：	第3希望：
研修見学内容 ※具体的なご希望をご記入ください。 (妊孕性の講義・輸注の見学、呼吸管理の見学、移植カンファレンスへ参加希望 など)	【研修目的】 ※ご希望される内容に、優先順位をお付けください。 【座学】1コマ30分程度 当院の移植について[] チーム医療[] 移植オリエンテーション[] 感染管理[] 口腔ケア[] 皮膚ケア[] 栄養・妊孕性[] 退院オリエンテーション[] LTFU 外来[] HCTC[] 輸血[] その他[]()		
	【見学】 ※見学したい内容を具体的にご記入ください。 BCR 病棟[]() 他職種移植カンファレンス(火曜日 17時半～ 1時間程度)[] 支援外来(水曜日)[] LTFU 外来(木曜日)[] その他[]() ※他部署の見学について 部署名と、見学の動機・目的をしっかりとご記入ください。所属長へ確認後、了承が得られた場合のみ見学可能となります。可否については、折り返しご連絡いたします。		

厚生労働省 造血幹細胞移植医療体制整備事業
実地研修・見学申込書