令和　　　　年　　　　月　　　　日

認知症ケア研修を希望される方はこちらにご記入ください。

看護学教育研究支援センター長殿

**人事交流 申請書**

　　　　　申請者：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 現所属責任者：

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 現所属：  氏　名： |
| 交流期間 | 令和　　年　　月　　日　　～　　年　　月　　日　　（　 2 日間） |
| 交流場所 | 社会医療法人 祐愛会 織田病院 |
| 交流の目的 | 認知症ケアの実際を学び、自施設での実践に活かす   * パーソンセンタードケアの考え方に基づく看護の実際を学ぶ * 認知症ケアチームにおける多職種連携を学ぶ * 認知症患者の尊厳と安全を守るための取り組みを学ぶ |
| 希望する内容 （認知症ケアプログラム） | * プログラム通り * その他   （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 |  |

※申請書は、交流するそれぞれの施設（センターでは人事交流支援部門）で管理・保存する。