滋賀県立大学人間看護学部

**地域交流看護実践研究センター**

**「研究相談」申込書**

 　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
|  　 |  　　 　　 （ 男 ・ 女 ）  　　　 （経験年数　　　　　年　） |
|  所属機関・部署等 （　職　種　） |  |
| 連　絡　先＊日程調整後に相談日を連絡いたしますFAXまたはメールアドレスを必ずご記入ください 記載がない場合は、所属先のFAXにお送りします |  住　　　所 | 　勤務先・自宅のいずれであるかを明記ください。 |
|  電話番号 |  |
|  ＦＡＸ番号 |  |
|  E-mail |  |
|  「**研究のテーマ**」今回の具体的な相談内容 研究課題　 これまでの経緯 困っている事　など　 研究経験 ・今までの研究内容 ・研究回数 など | ・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|
|
|  相談希望領域 　　　いずれかに○印 |  ・専門基礎　　　・基礎看護　　　・母性看護　　・小児看護 　 ・成人看護　　　・老年看護　　・精神看護　　・公衆衛生看護 |
|  　**相 談 希 望 日　時/方　法**　 | ＊FAX送信日より10日後以降の希望日時を第3希望までご記入ください。 　例：7月7日(水)午後、7月15日(木)午前、7月16日(金)終日可能\*ご希望の相談方法に○印をご記入ください・対面　　　・メール　　　・オンライン　　　・FAX　　　・その他（　　　　　　　） |

![MC900196126[1]]()

＊相談回数は1件の相談につき3回を上限の目安としております。継続につきましてはご相談ください。

ご記入後に送信ください

ＦＡＸ番号　**0749-28-9502**