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**