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

お名前（フリガナ）		（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 いずれかに〇印		・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〇印をご記入ください ・対面　　・メール　　・オンライン　　・FAX　　・その他(　　)

＊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