（別紙様式）

　長野県健康福祉部薬事管理課　あて（担当：佐伯）

　（FAX: 026-235-7398、E-mail: yakuji@pref.nagano.lg.jp）

**ASSIST　WG　講師派遣申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名称 |  |
| 医療機関所在地 |  |
| 担当者所属 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| Ｅメールアドレス |  |
| 派遣希望日時 | 第１希望 |  |
| 第２希望 |  |
| 第３希望 |  |
| *【記載例】　○月○日（水）14:00～17:00の間の２時間* |
| 実施希望内容（いずれかに○） | （１）輸血療法に関する勉強会・学習会への講師派遣（２）輸血療法業務に関する意見交換（アドバイス、サポート等） |
| 派遣希望職種（いずれかに○）（複数回答可） | （１）医師（２）看護師（３）臨床検査技師（４）血液センター職員（５）その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備　　考 | （重点的にアドバイスを希望することなどがありましたら、ご記入ください）（オンライン等を利用した実施を希望する場合も、こちらにご記入ください） |

※**派遣メンバーの日程調整等がありますので、できる限り早めにお申し込みください。**