

## 「看護研究支援」申込書

申込用紙の空欄に記入してお送りください。

申込者の方々の個人情報は、この企画に関する目的以外に使用しないことをお約束いたします。

申し込み日： 年 月 日

フリガナ お名前	(男・女)	
所属機関		
部署名		
職種名		
連絡先 <small>*相談の日程調整のために必要です。メールかFAXでの連絡を優先します。</small>	住所	ご自宅である場合は、(自宅)と明記してください。
	電話番号	
	FAX番号	
	E-mail	
<p>「研究のテーマ」(タイトル)</p> <p>具体的な相談内容 (例えば)</p> <p style="padding-left: 20px;">研究課題 これまでの経緯 困っている事 など</p>	<p>_____</p>	
<p>相談希望領域 ご希望がある場合○をつけて下さい</p>	<p>・基礎看護      ・母性看護      ・災害看護 ・小児看護      ・成人看護      ・老年看護 ・精神看護      ・在宅公衆衛生看護      ・看護管理      ・その他(      )</p>	
相談希望日	<p>*送信日から10日後位のゆとりをみて、希望日をいくつか書いてください。 できるだけ希望日に相談ができるよう調整します。 例:8月7日(水)午後、8月16日(金)1日OK</p> <p>第1希望: 第2希望: 第3希望:</p>	

### 【申し込み・問い合わせ先】

長岡崇徳大学看護学部 地域連携・貢献委員会

電話:(代)0258-46-6666    FAX:0258-86-6637    E-mail:[soumu@sutoku-u.ac.jp](mailto:soumu@sutoku-u.ac.jp)