

研修お申込みシート

記入日 年 月 日

この度は、研修に関するご依頼を頂きましてありがとうございます。以下にご記入頂いた上で、具体的な諾否・条件・実施に向けた調整をさせていただきたいと存じます。正式な発注書ではないので、現段階でわかる範囲でご記入ください。

送信先 FAX : 03-6240-0152 Mail : seminar@notocord.net

組織・機関名		
ご担当者様役職・氏名	【役職】	【氏名】
ご担当者様連絡先 ※最低1つはご記入ください	【TEL】	【FAX】
	【Mail】	
希望する時期・曜日 研修時間・日数の希望	※〇〇月頃、〇〇曜日が希望 など。具体的な日付でも結構ですが、ご要望にお応えできない場合もございますので、複数日程をご記入頂きますと幸いです。また恐縮ですが、土日のご要望は多く、希望に添えない場合がございます。 ※5時間×1日、6時間×2日などの希望もご記入ください。	
希望する研修テーマ ※詳細なご希望に関しては、追記事項欄にご記載ください	<input type="checkbox"/> PDP 概論 <input type="checkbox"/> PDP 演習（概論受講が前提となります） <input type="checkbox"/> マネジメントコンパス概説 <input type="checkbox"/> ロードマップ策定（教育計画・目標達成） <input type="checkbox"/> 組織学習のファシリテーション <input type="checkbox"/> レジリエンスに関する研修 <input type="checkbox"/> 論理的思考に関する研修 <input type="checkbox"/> その他のテーマ（追記欄に具体的に）	
	追記事項:	
研修会場・場所	※貴院内であれば、特に記載の必要はありません	
受講者	主な職階・レベル:	※師長/主任/中堅看護師/実習指導者/教員 等
	参加予定人数(概算):	※実際の参加人数が変わることは問題ございません
講師料についてのご要望	<input type="checkbox"/> 定価で依頼 <input type="checkbox"/> 減額・調整を希望 (下欄に具体的に)	※看護協会・公的事業等による施設横断的な研修の場合、減額・調整に応じております。個別の医療機関の場合は原則として定価でお受けしていますが、ご要望を頂いた上で多少の調整をする場合もございます。
	>> <input type="checkbox"/> 謝金規定等がある 【具体的に: 】 >> <input type="checkbox"/> 上限金額がある 【具体的に: 】 >> <input type="checkbox"/> 見積書が必要である 【見積条件: 】 >> <input type="checkbox"/> その他【 】	
教材購入についての確認事項	PDP 概論およびマネジメントコンパス概説については指定教材（10部以上の共同購入の場合：1000円/冊、税別）の購入が必要になることをご了承ください。 <input type="checkbox"/> 理解して了承する	

【参考】講師料 定価表（税抜）

2019年4月改定

時間数	1.5時間	2時間	3時間	4時間	5時間	6時間
講師料	14万円	16万円	19万円	22万円	25万円	28万円

※交通費、アシスタント費が必要な場合、別途ご請求させていただきます。