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：050-6865-5844　　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 |  | | ※◯◯月頃、◯◯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けますと幸いです。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もございます。  ※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 | □ PDP概論  □ PDP演習（概論受講が前提となります）  □ マネジメントコンパス概説  □ ロードマップ策定（教育計画・目標達成）  □ 組織学習のファシリテーション | □ レジリエンスに関する研修  □ 論理的思考に関する研修  □ 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 | □ 定価で依頼  □ 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。 |
| >> □ 謝金規定等がある　【具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 >> □ 上限金額がある　　【具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】  >> □ 見積書が必要である【見積条件：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】  >> □ 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：1,500円/冊、税込）の購入が必要になることをご了承ください。  □ 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。