

津島市民病院 専門・認定看護師出張講座申込書

送付先 FAX : 0567-28-6653 (地域医療センター)

施設名 : _____

代表者名 : _____

ご担当者様氏名 : _____

連絡先 TEL : _____

FAX : _____

希望分野	<input type="checkbox"/> 感染管理 <input type="checkbox"/> がん看護 <input type="checkbox"/> がん化学療法看護 <input type="checkbox"/> がん性疼痛看護 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害看護 <input type="checkbox"/> 糖尿病療法指導 <input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 救急看護 <input type="checkbox"/> 脳卒中リハビリテーション看護		
テーマ(内容)			
参加人数	概ね()人 平均年齢およそ()歳位 職種()		
希望日時	第1希望	月 日()曜日	午前・午後 : ~ :
	第2希望	月 日()曜日	午前・午後 : ~ :
	第3希望	月 日()曜日	午前・午後 : ~ :
場所			
受講目的			
ご要望があれば お書きください			