

津島市民病院 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"/> 脳卒中リハビリテーション看護 <input type="checkbox"/> 認知症看護		
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			
ご希望があればお書きください			