

# みやぎ県南中核病院 認定看護師出張講座申込書

送付先 FAX: 0224-51-5515

みやぎ県南中核病院 副看護部長 高橋直子

施設名: \_\_\_\_\_

代表者名: \_\_\_\_\_

ご担当様氏名: \_\_\_\_\_

連絡先 TEL: \_\_\_\_\_

FAX: \_\_\_\_\_

希望認定看護分野	<input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> がん化学療法看護 <input type="checkbox"/> 脳卒中リハ看護 <input type="checkbox"/> 感染管理 <input type="checkbox"/> 重症集中ケア <input type="checkbox"/> 救急看護
希望日時	第1希望      月 日 ( ) 時間    : ~ :
	第2希望      月 日 ( ) 時間    : ~ :
	第3希望      月 日 ( ) 時間    : ~ :
場所	
参加人数	概ね(      )人    職種(      )
講義テーマ	
主な項目 ねらい	<ul style="list-style-type: none"><li>・</li><li>・</li><li>・</li></ul>
ご要望があれば お書きください	

※日時・場所・内容等につきましては、お申し込み頂いた後に貴施設担当の方と、担当の認定看護師とで調整させていただきます。