

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 村上久美

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	☐ 皮膚・排泄ケア ☐ 緩和ケア ☐ がん化学療法看護 ☐ 脳卒中リハ看護 ☐ 感染管理 ☐ 重症集中ケア ☐ 救急看護 ☐ 手術看護
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	・ ・ ・
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。