『認定看護師による出張セミナ－』　申込書

令和　　　年　　　月　　　日

下関市立市民病院

　看護部長　様

「認定看護師による出張セミナ－」を希望します。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 代表者名 |  |
| メールアドレス |  |
| 希望日時 | 第１希望　令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　時より  第２希望　令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　時より  日にちに余裕を持ってお申し込みください。 |
| 対象者・人数 | 約　　　　　名 |
| ご希望内容1） | （　　）知識・技術の習得のための勉強会  （　　）症例に関する相談  （　　）自施設の対策評価  （　　）その他： |
| ご希望分野 2）  （ ）に○をつけてください。 | （　　）摂食・嚥下障害看護  （　　）皮膚・排泄ケア  （　　）感染管理  （　　）がん化学療法看護  （　　）緩和ケア  （　　）認知症看護  （　　）集中ケア  （　　）慢性心不全看護  ★ご希望内容に合わせて講師を紹介することもできます。 |

* 必要事項をすべてご記入、1）、2）は項目のいずれかをマークしてください。
* お申し込みはFAXで受け付けております。後日ご記入いただいたメールアドレス宛に電子メールでご連絡を差し上げます。
* 詳細決定後に施設責任者から正式な依頼文書（プログラム名、日程、対象、概要、講師名、公印または公印省略の記載が必要）の提出をお願いします。

お問い合わせ先　下関市立市民病院　看護部長室

電話番号：083-231-4111（代表）　FAX：083-224-3838