

認定看護師による『出張研修会』申込書

西陣病院 地域医療連携室 (FAX 465-7327)

団体名 :

住所 :

担当者 :

連絡先 :

1) 希望研修内容

- 認知症看護特定認定看護師
- 透析看護認定看護師
- 感染管理認定看護師
- 皮膚・排泄ケア特定認定看護師
- その他

主な内容(くわしくお書き下さい)

2) 候補日程日

- ① _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日
- ② _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日
- ③ _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日

3) 時間帯

_____ 時 _____ 分 から _____ 時 _____ 分

4) 実施場所

5) 参加予定人数

6) 備考

※ お申込み後に、当院担当者より、確認のご連絡をさせていただきます。