

送付先FAX：0855-28-7070

平成 年 月 日

## 浜田医療センター 認定看護師による出前講座申込書

浜田医療センター 管理課  
庶務班長 折出 公生 行

団体名 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
担当者名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
FAX番号 \_\_\_\_\_

希望する 認定分野	<input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害看護 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患看護 <input type="checkbox"/> 感染管理 <input type="checkbox"/> 認知症看護 <input type="checkbox"/> 脳卒中リハビリテーション <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> がん化学療法看護 <input type="checkbox"/> 集中ケア <input type="checkbox"/> 救急看護 <input type="checkbox"/> 手術看護
希望する講義内容	
参加予定人数	
希望日時	第1希望    月    日 (    ) 午前・午後    :    ~    : 第2希望    月    日 (    ) 午前・午後    :    ~    : 第3希望    月    日 (    ) 午前・午後    :    ~    :
場 所	
受講の目的	
ご用意可能な 設備・備品等	・スクリーン    ・プロジェクター    ・パソコン ・マイク    ・ホワイトボード、マグネット
ご要望	

※ 講師の業務の都合により希望日時に添えない場合は、日程を調整させていただきますので、ご了承ください。