FAX：0144-38-3811

認定看護師による出前講座申込書

王子総合病院　地域医療連携室

認定看護師 出前講座担当者　　行

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

E-mail＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿@＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

希望する認定分野	□　緩和ケア認定看護師　　□　感染管理認定看護師 □　手術看護認定看護師　　□　がん化学療法看護認定看護師 □　集中ケア
希望する講義内容 （具体的に）	
研修対象者（職種等）	
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　　：　　～　　：
ご用意可能な 設備・備品等	□パソコン　□スクリーン　□プロジェクター □マイク　□ホワイトボード（マグネット：あり・なし） ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ □オンラインリモート研修（Zoom 等、　　）
ご要望があれば お書きください	

＊　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。