FAX：0144-33-3811

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　　　□　がん化学療法看護認定看護師□　手術看護認定看護師　　　□　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。