

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。