

送付先 FAX : 084-931-3969

令和 年 月 日

福山医療センター 認定看護師・専門看護師による出前講座申込書

福山医療センター看護部

担当者 宛

施設名 _____

住所 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

FAX 番号 _____

希望する 認定・専門分野	<input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア <input type="checkbox"/> 感染管理 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害看護 <input type="checkbox"/> がん放射線療法看護 <input type="checkbox"/> がん看護 (CNS)	<input type="checkbox"/> クリティカルケア <input type="checkbox"/> 新生児集中ケア <input type="checkbox"/> 小児救急看護 <input type="checkbox"/> 糖尿病看護	<input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> 乳がん看護 <input type="checkbox"/> 認知症看護
希望する 講座内容			
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	現地 () ・ Web(ZOOM)		
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			