FAX 星ヶ丘医療センター 072-840-2266

別紙1

受付番号
（APN記入）

認定看護師 出前研修 申込書

派遣分野	（1回につき1枚）									
派遣希望日	第1希望日 年 月 日（ ） : ～ :									
	第2希望日 年 月 日（ ） : ～ :									
	第3希望日 年 月 日（ ） : ～ :									
	日程未定 月頃									
参加予定人数	保健師	助産師	看護師	准看護師	看護助手	介護職	リハビリ	医師	薬剤師	放射線技師
	栄養部	事務	その他						合計人数	
									人	
研修形態	講義 演習 事例検討 その他（ ）									
受講施設にて準備できるものに〇	プロジェクター スクリーン パソコン ポインター ホワイトボード その他（ ）									
テーマ（仮）										
研修希望理由（困っている事等）										
研修希望内容（具体的に）										
備考										

施設名			
担当看護職名	職種		氏名 役職
担当者連絡先	TEL FAX		
電話対応可能日時	① 月 日 時～ 時 ② 月 日 時～ 時 ③ 月 日 時～ 時		
住所	〒		

＊本申込書は講師に案内いたしますので、わかりやすくご記入願います。