FAX 0126-63-2853

北海道せき損センター　看護副部長　伊在井　妙子 行

（送り状をつける必要はありません）

北海道せき損センター　認定看護師研修　申し込み用紙

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 職種 |
| 氏名 |  |  |
| 施設名 |  | 部署 |
|  |
| 住所 | 　〒 |
|
|
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 研修会依頼内容 | [ ] 感染に関すること　　　[ ] 皮膚・排泄ケアに関すること　　[ ] 緩和ケアに関すること |
| 　 |
| 研修会希望日 | 第１希望 | 　平成　　　年　　　月　　　日　　時間　（　　：　　～　　　：　　） |
| 第２希望 | 　平成　　　年　　　月　　　日　　時間　（　　：　　～　　　：　　） |
| ＊希望日の2ヶ月前までにお送りください。 |
| 研修に関して質問、要望などありましたらお書きください | 　 |

＊研修内容、時間などについて詳細は、電話、メールで打ち合わせをします。