

JCHO 神戸中央病院 看護師復職支援研修申込書

申込日 年 月 日

FAX 078-594-2362(看護部)

研修期間：下記①～③の希望する期間を○で囲んでください

① 平成 28 年 1 月 27 日(水)の 1 日間

② 平成 28 年 1 月 27 日(水)～1 月 28 日(木)の 2 日間

③ 平成 28 年 1 月 27 日(水)～1 月 29 日(金)の 3 日間

研修時間：9:00～15:00

研修会場：当院研修室および会議室

内容：医療・看護動向／医療安全と感染管理看護基礎技術／与薬／注射／看護記録／電子カルテ／体位変換と移乗 など

※内容や準備など詳細は、受講決定通知と共にご連絡いたします

申込者 氏名	ふりがな	性別	男	女	年齢	歳
	様					
自宅 住所	〒					
連絡先	TEL E-mail					
お持ちの資格	保健師 看護師					
過去の 経験年数	年					
経験部署と 年数	例 呼吸器内科病棟 5 年					
離職年数	年					

問合せ先・担当者：独立行政法人 地域医療機能推進機構(JCHO)

神戸中央病院 看護部 中村裕子

TEL 078-594-2211(代)