

FAX JCHO 神戸中央病院 078-594-2362

専門・認定看護師 院外研修申し込み用紙

ご施設名	
ご担当者様	氏名： _____ 職種： _____ 役職： _____ 連絡先（電話番号）： _____ （住所）： _____
電話対応 可能日時	① 月 日 時～ 時 ② 月 日 時～ 時 ③ 月 日 時～ 時 ④ 月 日 時～ 時

希望分野	
希望テーマ（仮）	
具体的な 希望研修内容	
研修希望の理由	
希望の講義形態	講義 演習 事例検討 相談の上決定
研修希望日	第一希望日 年 月 日（ ） : ~ :
	第二希望日 年 月 日（ ） : ~ :
	第三希望日 年 月 日（ ） : ~ :
	日程未定 月頃
参加予定の 職種と人数	
ご準備いただける 器材	パソコン プロジェクター スクリーン その他（ _____ ）
備考 (何かございましたら ご記入ください)	