FAX　JCHO神戸中央病院　078-595-2727

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） |  |