

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)										