

釧路ろうさい病院 専門看護師・認定看護師による地域出張セミナー申込書

申込日	年 月 日	
施設名		
住所	〒 -	担当者名
電話番号		
FAX 番号		
メールアドレス		
実施希望日時	第 1 希望	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
	第 2 希望	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
	第 3 希望	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
希望開催形態	☐ 集合研修 ☐ WEB 研修	
開催会場名		
開催会場住所		
希望する領域	専門看護師 ☐ がん看護 認定看護師 ☐ 緩和ケア ☐ がん化学療法看護 ☐ 乳がん看護 ☐ がん性疼痛 ☐ 皮膚・排泄ケア ☐ 認知症看護 ☐ 手術看護 ☐ 感染管理 ☐ 透析看護 ☐ 放射線看護	
希望する講義内容		
参加者の内訳	(例：看護師 10 名、介護士 5 名など)	
参加予定人数	名	
ご利用可能な設備	☐ ノートパソコン ☐ プロジェクター ☐ スクリーン ☐ ポインター ☐ マイク ☐ オンラインリモート研修 (例 Zoom 等)	
その他ご要望があればご記入ください		

連絡先 釧路ろうさい病院 看護部 看護副部長

〒085-8533 釧路市中園町 13 番 23 号

TEL (代表) 0154-22-7191 FAX 0154-25-7308