認定看護師無料派遣講座　FAX申込用

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申　込　日** | **年　　　　月　　　　日** | | |
| **団体名** |  | | |
| **住所** | **〒　　　　　－** | **担当者** | |
|  | |
| **電話番号** |  | **参加希望**  **人数** | **名** |
| **FAX番号** |  |
| **メール**  **アドレス** |  | | |
| **実施希望日時** | **第1希望**  **月　　　日（　　）　　　　時　　　　分から　　　　時　　　　分まで**  **第2希望**  **月　　　日（　　）　　　　時　　　　分から　　　　時　　　　分まで**  **第3希望**  **月　　　日（　　）　　　　時　　　　分から　　　　時　　　　分まで** | | |
| **場所** |  | | |
| **希望内容** | **□研修・講座　　　□相談**  **希望分野にチェックし、希望講座の番号をご記入ください（別紙参照）**  **□感染管理　□糖尿病看護　□がん化学療法看護　□新生児集中ケア**  **□不妊症看護　□認知症看護**  **希望講座番号** | | |
| **講座を何で知りましたか？** | **□ホームページ □チラシ □広報誌 □口コミ**  **□その他（ ）** | | |
| **貴施設で**  **ご用意いただけるもの** | * **パソコン　□ プロジェクター □ スクリーン □ 講師駐車場** | | |
| **備考** |  | | |

**FAX 027-223-1374**

**独立行政法人地域医療機能推進機構　群馬中央病院**

　〒371-0025 前橋市紅雲町1-7-13 TEL：027-223-1373 FAX：027-223-1374

　　　　　　　　　　地域医療連携センター　　　担当　：　関塚　・　川岸