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