出前講義依頼書



必要事項をご記入の上、FAXまたはメールで申し込みをお願いします

1. 講師を依頼したいリソースナース分野の番号に〇をつけてください
2. がん看護
3. がん化学療法看護
4. がん放射線療法看護
5. 緩和ケア
6. 慢性疾患看護
7. 老人看護
8. 脳卒中リハビリテーション看護
9. 感染管理
10. 皮膚・排泄ケア

10．クリティカルケア

11．救急看護

12．糖尿病看護

2．出前講義依頼内容

研修テーマ・内容（具体的にご記入ください）

1. ご連絡先：申込受付後、当院より内容等の確認をさせて頂き、担当者より　　　ご連絡致します

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号・FAX | ☎　　　　　　　　　　　　　　　　📠 |
| E-mail |  |
| 申込責任者様 |  |
| 希望日時 | 1．　　　　　年　　月　　日（　　）　　　　　：　　　　　～　　　　： |
| 2．　　　　　年　　月　　日（　　）　　　　　：　　　　　～　　　　： |
| 3．　　　　　年　　月　　日（　　）　　　　　：　　　　　～　　　　： |
| 研修対象者（職種）・人数 |  |

独立行政法人　労働者健康安全機構　九州労災病院

教育担当看護副部長：渡壁　美香（内線：７０６３）

TEL：０９３-４７１-１１２１（代表）　　FAX：０９３-４７３-０６２７

E-mail：: n\_manager.nurs-k@kyushuh.johas.go.jp