

舞鶴共済病院 認定看護師リクエスト研修申込書

貴施設名	
ご住所	
TEL	
FAX	
メールアドレス	
担当者ご氏名	

\* 希望の分野・テーマの番号と日時をご記入ください(別紙参照)

分野・テーマ (別紙より番号選択で可)	
希望日時	第1希望 年 月 日( ) : ~ :
(2か月先以降でお願いします)	第2希望 年 月 日( ) : ~ :
	第3希望 年 月 日( ) : ~ :
参加予定人数	
参加者職種	
希望内容 (具体的にお願いします) 困っていることなど	
開催場所	
プロジェクター設置:	あり ・ なし      パソコン準備:      あり ・ なし

送信先 舞鶴共済病院看護部      FAX      0773-64-4301

舞鶴共済病院記載欄

講師	認定看護師
テーマ	
日時	

看護部教育委員会