送付先FAX：0287-84-3915

令和　　　年　　　月　　　日

那須南病院　認定看護師による出前講座申込書

那須南病院　看護部行

団体名：

住所：

担当者名：

電話番号：

FAX番号：

E-mail：

|  |  |
| --- | --- |
| 希望する認定分野 | □呼吸器疾患看護　　　□感染管理　　　□認知症看護 |
| 希望する講義内容 |  |
| 参加予定人数 | 概ね　　　　　　　　人 |
| 希望日時 | 第1希望　　　月　　日（　　）午前・午後　　：　　～　　：　　第2希望　　　月　　日（　　）午前・午後　　：　　～　　：　　第3希望　　　月　　日（　　）午前・午後　　：　　～　　：　　 |
| 場所 |  |
| 受講の目的 |  |
| ご用意可能な設備備品等 | ・スクリーン　　・プロジェクター　　・パソコン・マイク　　　　・ホワイトボード、マグネット |
| ご要望 |  |

＊希望日までの2か月前までにお申し込みください。