

FAX送信：本用紙を含め 1 枚

宛 先：福岡東医療センター 看護部教育担当看護師長

送信先：FAX 0120-087-437

(福岡東医療センター 地域医療連携室直通)

相談・学習会 依頼書

◇必要事項をご記入の上、上記番号へFAXして下さい

相談/依頼したい専門・認定看護師 (☑をつけてください)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> がん看護専門看護師 | <input type="checkbox"/> 慢性疾患看護専門看護師 |
| <input type="checkbox"/> 緩和ケア認定看護師 | <input type="checkbox"/> 慢性心不全看護認定看護師 |
| <input type="checkbox"/> がん化学療法看護認定看護師 | <input type="checkbox"/> 感染管理認定看護師 |
| <input type="checkbox"/> がん放射線療法看護認定看護師 | <input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア認定看護師 |
| <input type="checkbox"/> 手術看護認定看護師 | <input type="checkbox"/> 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師 |
| <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害看護認定看護師 | <input type="checkbox"/> 救急看護認定看護師 |
| <input type="checkbox"/> 重症心身障がい看護師 | |

ご依頼： 相談 ・ 学習会

内容：

施設名・連絡先

施設名

住所

電話番号

FAX番号

申込責任者の氏名/部署