

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)

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
依頼したい専門・認定看護師（☒をつけてください）

- | | |
|--|---|
| ☐ 緩和ケア認定看護師 | ☐ 感染症看護専門看護師 |
| ☐ 皮膚・排泄ケア認定看護師 | ☐ がん化学療法看護認定看護師 |
| ☐ 摂食嚥下障害看護認定看護師 | ☐ がん放射線療法看護認定看護師 |
| ☐ 重症心身障がい看護師 | |
| ☐ 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師 | |

ご依頼の学習会内容

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