

FAX 0852-26-4104

松江生協病院 看護部 行

松江生協病院 リソースナース出張研修依頼用紙

依頼日（西暦）：

依頼機関名：

担当者氏名：

電話番号：

FAX 番号：

メールアドレス：

希望の分野	<input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> 認知症看護
希望する研修内容	
対象者（職種と人数）	
実施予定会場	会場名：
希望日時	第1希望 月 日 : ~ : 第2希望 月 日 : ~ : 第3希望 月 日 : ~ :
研修依頼書の見本	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
ご要望等	