

専門看護師・認定看護師出前講座申込書

貴施設名	
ご住所	
TEL	
FAX	
メールアドレス	
担当者ご氏名	

※派遣を希望する専門分野の番号と日時をご記入ください。(別紙「専門分野一覧表」参照)

専門分野	
派遣希望日時	第 1 希望 年 月 日 () : ~ : 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)	
開催場所	
プロジェクター設置 有 ・ 無 プロジェクター操作用パソコン 有 ・ 無	

*移動手段は自家用車を利用しますので駐車場所(1 台分)の確保をお願いします。

*今回の派遣に関する費用は無料ですので一切のお心遣いは不要です。

◆ 申し込み先 ◆

杉田玄白記念公立小浜病院 看護部 FAX 0770-53-3745

メールアドレス mkitamura@obamahp-wakasa.jp