横浜医療センター

無料出張講座　申請書

FAX：045-851-3902　　看護部　感染管理専従看護師宛

下記内容で申し込みます

申請者氏名：

申請者施設名：

連絡先；電話番号：

　メールアドレス：

連絡可能な時間帯：

希望日時：第1希望　　　　　月　　　日　　　時

　　　　　第2希望　　　　　月　　　日　　　時

－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－

希望する専門・認定看護師分野：

希望講義内容：

申し込みの目的：

□実技習得のため

□知識向上のため

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

指導対象予定人数：　　　　　　　名

＊お申込みありがとうございました。後日詳細についてご相談の連絡をさせていただきます。