

がん看護研修＜基礎編＞申込書

申込書に必要事項をご記載の上、施設ごとにまとめて

メール(hqcnec@belle.shiga-med.ac.jp)または、FAX 077-548-3671

にて、ご送付お願いいたします。

施設名： _____

代表者名： _____ 職名： _____

連絡先(電話番号)： _____ (FAX 番号)： _____

※全ての受講を希望される場合は 一括申込 欄に○印をつけてください

お名前	一括 申 込	希望される開催回に○をつけてください。					
		5/19 (日)	6/9 (日)	6/23 (日)	7/7 (日)	7/21 (日)	8/4 (日)

申込締切：各研修の 1 週間前までにお申し込みください。

一括申込の場合は、5/10 (金)までにお申し込みください。

【お問い合わせ】 滋賀医科大学附属病院 看護臨床教育センター

TEL:077-548-3578

2019 年度がん診療連携 医療従事者研修

がん看護研修〈演習編〉申込書

申込書とがん看護研修〈基礎編〉受講証のコピーを

下記申込先に郵送、または、メール (hqc nec@belle.shiga-med.ac.jp)
にて、ご送付お願いいたします。

施設名： _____ 部署名： _____

氏名： _____ 看護師経験年数： _____

受講決定通知送付先： 自宅 ・ 職場 ※希望する送付先に○をお付け下さい

(住所) 〒 _____

(電話番号) _____

(E-mail) _____

※全ての受講を希望される場合は 一括申込 欄に○印をつけてください

一 括 申 込	希望される開催回に○をつけてください。			
	9/22 (日)	10/20 (日)	11/10 (日)	12/15 (日)

申込締切：2019年8月9日（金）までにお申し込みください。

【申し込み・お問い合わせ先】

〒520-2192 滋賀県大津市瀬田月輪町

滋賀医科大学附属病院 看護臨床教育センター

「がん看護研修」担当 宛

TEL:077-548-3578

