

令和6年度 新人看護職員研修事業研修 申込書

送信日時: 年 月 日	FAX:0986-26-3150
送信先:国立病院機構都城医療センター 教育・研修部 和氣美紀 行	
【TEL】:0986-23-4111(代表) 【e-mail】waki.miki.wu@mail.hosp.go.jp	
送信元(施設名):	
(代表者):	e-mail:
(TEL):	

◇内容

	参加者氏名	年齢	職種	経験年数	参加希望の研修項目
1			<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 保健師	<input type="checkbox"/> 新人 <input type="checkbox"/> 卒後1年目	<input type="checkbox"/> 感染管理 <input type="checkbox"/> 救急対応 <input type="checkbox"/> 皮膚・排泄 <input type="checkbox"/> フィジカルアセスメント <input type="checkbox"/> 医療安全 <input type="checkbox"/> 口腔ケア・摂食嚥下
2			<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 保健師	<input type="checkbox"/> 新人 <input type="checkbox"/> 卒後1年目	<input type="checkbox"/> 感染管理 <input type="checkbox"/> 救急対応 <input type="checkbox"/> 皮膚・排泄 <input type="checkbox"/> フィジカルアセスメント <input type="checkbox"/> 医療安全 <input type="checkbox"/> 口腔ケア・摂食嚥下

申し込み締切 令和6年7月11日(木) 15:00まで

- *参加希望人数は、1施設 原則2名以内でお願いいたします。
- *参加希望が多数になる場合は、こちらから調整のお願いをさせていただく場合がございます。
- *研修受講者の決定通知は施設代表者の方に7月18日(木)以降順次ご連絡させていただきます。
- *メールにてお申し込みの場合、施設名、代表者、【内容】に記載されている項目を入力の上お申し込みください。