

令和 年 月 日

独立行政法人 地域医療機能推進機構
九州病院

院長 内山 明彦様

施設名
依頼者氏名

講師依頼

日ごろから格別の御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。
下記のとおり「」講座を開催いたしますので、貴所属の 様の出席について
ご配慮くださるようお願いいたします。

記

目的

講師 独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院
専門看護師
認定看護師
診療看護師

日程 : 令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分 (分)

場所 :

対象 :

講座名 :

概要 講義
研修内容

以上

令和 年 月 日

独立行政法人 地域医療機能推進機構
九州病院

看護部長 永野 美智代様

施設名
依頼者氏名

講師依頼

日ごろから格別の御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。
下記のとおり「 」講座を開催いたしますので、貴所属の 様の出席について
ご配慮くださるようお願いいたします。

記

目的

講師 独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院
専門看護師
認定看護師
診療看護師

日程 : 令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分 (分)

場所 :

対象 :

講座名 :

概要 講義
研修内容

以上