

**FAX:093-641-9645**

独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院 看護部  
専門・認定看護師 研修 依頼書

本日の日付 \_\_\_\_\_ 年 月 日

依頼者名 \_\_\_\_\_ 様

所属機関名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

研修を依頼したい専門看護師・認定看護師・診療看護師(該当する領域に☑をつけて下さい)

専門看護師

<input type="checkbox"/> がん看護	<input type="checkbox"/> 慢性疾患看護	<input type="checkbox"/> 感染症看護
-------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

認定看護師

<input type="checkbox"/> 感染管理	<input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア	<input type="checkbox"/> 救急看護
<input type="checkbox"/> 小児救急看護	<input type="checkbox"/> 集中ケア	<input type="checkbox"/> 手術看護
<input type="checkbox"/> 糖尿病看護	<input type="checkbox"/> がん化学療法看護	<input type="checkbox"/> 緩和ケア
<input type="checkbox"/> がん放射線療法看護	<input type="checkbox"/> 認知症看護	<input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害看護
<input type="checkbox"/> 慢性心不全看護	<input type="checkbox"/> 脳卒中 リハビリテーション看護	<input type="checkbox"/> クリティカルケア看護

診療看護師

開催日の希望

第1希望 月 日 時 ~ 時

第2希望 月 日 時 ~ 時

第3希望 月 日 時 ~ 時

依頼したい研修の内容など

1. 研修の対象者: \_\_\_\_\_

2. 研修の参加者数: \_\_\_\_\_

3. 研修内容: \_\_\_\_\_