**浜松医科大学医学部附属病院**

**看護部管理室　牧田宛**

**研修参加申込書（ＦＡＸ）ＦＡＸ；０５３（４３５）２６２８**

研修名 ；浜松医科大学医学部附属病院看護部主催

　　「2019年度新人看護職員研修」

施設名：

* 申込者氏名はフルネームでお願い致します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 職　種  該当に○ | 性別 | 年齢 | 連絡先電話（ご本人） |
|  | 保健師  助産師  看護師  准看護師 |  |  |  |

ご希望の研修に○をご記入ください。

＊申込み締切り　4月27日(金)までに必着

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修日 | 希望日に○ | 研修内容 |
| 5月29日　(水) |  | 接遇・感染管理・呼吸フィジカルアセスメント・糖尿病看護・急変時の対応 |
| 11月19日　(火） |  | 口腔ケア・食事の援助・認知症高齢者の看護・褥瘡管理 |

主催・問い合わせ先

〒431－3192

浜松市東区半田山一丁目20番1号

浜松医科大学医学部附属病院看護部

管理室　　　牧田　美佳

TEL　053（435）2627

**ＦＡＸ　０５３（４３５）２６２８**

**＊一人1枚でご記入ください。**

**＊複数希望の場合はこの用紙をコピーしてください。**