専門看護師・認定看護師による出前講座申込書

依頼日　　　年　　　月　　　日

　　　　　病院長　あて

申　込　者　所在地

団　体　名

　 代表者名

下記の通り、「専門看護師・認定看護師による出前講座申込書」を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 開催日　第１希望 | 年　　　　月　　　　日　　（　　　）　　　　　時　　　　分　　～　　　時　　　　分 |
| 開催日　第２希望 | 年　　　　月　　　　日　　（　　　）　　　　　時　　　　分　　～　　　時　　　　分 |
| 開催場所 |  |
| 参加見込み数 | 　　　　　　名 |
| 希望テーマ |  |
| 連絡先 | 氏名 |
| 住所 |
| 電話 |

・出前講座申込書に必要事項をご記入の上、開催２ヶ月前にFAXにてお申し込みください。

【申し込み先】

市立砺波総合病院　患者総合支援センター

TEL：0763（32）8361/　FAX：0763（33）1591

E-mail：tgh-kango＠med.tonami.toyama.jp