

出前講座申込書

送付先 FAX:082-243-9223 (地域医療連携室)

申込日: 年 月 日

貴施設名	
住所	
代表者名	
担当者名	
TEL	
FAX	

派遣を希望される講座の番号をお選びください。(別紙参照)

希望講座	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア	
	<input type="checkbox"/> 感染管理 <input type="checkbox"/> 認知症ケア	
テーマ(内容)		
開催目的		
参加人数	概ね()人	
希望日時	第1希望	年 月 日() 時 分～ 時 分
	第2希望	年 月 日() 時 分～ 時 分
	第3希望	年 月 日() 時 分～ 時 分
会場	会場名	
	所在地	
器材環境	プロジェクター設置 有・無	
	プロジェクター操作用パソコン 有・無	
希望内容		

* 申し込みは、開催予定日の2カ月前までにFAXにてお申し込み下さい。

* ご不明な点がございましたら、お問合せください。

◆お問合せ先◆

医療法人あかね会 土谷総合病院

看護部 (内線2751)

電話: (082)243-9191 FAX: (082)243-9217