

看護師スキルアップ研修申込書



申込先：市立病院事務局経営企画課 FAX：072-728-8232

メール：hospital@maple.city.minoh.lg.jp

| | | | |
|--------------------------------|--|--------|--|
| 住所 | 〒 | | |
| 氏名 | | 年齢 | |
| 連絡先 | (ご自宅) | (携帯番号) | |
| 勤務先 (お勤めの方のみ) | | | |
| 研修コース ○印で囲んでください (複数選択可) | 1. エンゼルメイク 2. 姿勢に対する動的援助 3. 糖尿病看護 4. 感染看護① 5. フットケア 6. 感染看護② 7. 認知症看護 8. 感染看護③ 9. 褥瘡 10. 呼吸管理(肺理学療法) | | |
| 受講動機 | | | |