専門看護師および認定看護師への相談申込み用紙

|  |  |
| --- | --- |
| ご施設名 |  |
| 担当者様  ご連絡先 | 氏名：  電話：  FAX：  Eメール： |
| ご希望分野名 | 創傷・オストミー・失禁看護（WOC）  認知症看護  脳卒中リハビリテーション看護 |
| ご相談内容 | 研修開催　　　　  事例相談　　　　  その他（　　　　　　　　） |
| ご希望日時 | 第一希望：　　　月　　　日　　　時　　分～　　時　　分  第二希望：　　　月　　　日　　　時　　分～　　時　　分  第三希望：　　　月　　　日　　　時　　分～　　時　　分 |
| 出席人数の概算 |  |
| 備考  （ご希望等） |  |

＊詳しい内容や日程についてはお申し込み後に、担当者よりご連絡させていただきます。

独立行政法人地域医療機能推進機構　中京病院

専門看護師・認定看護師会 地域相談窓口

担当：辻野

担当者E-mail：tsujino-miho@chukyo.jcho.go.jp

病院代表TEL：052-691-7151

病院代表FAX：052-692-5220