

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	<input type="checkbox"/> 研修開催 <input type="checkbox"/> 事例相談 <input type="checkbox"/> 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