

第6回 専門・認定看護師セミナー

～わたしの力をあなたの力に～

参加申込用紙

宛先：国立病院機構 京都医療センター

副看護部長室

FAX：075-643-4325 までお送りください。

参加ご希望の方は下記に、施設名、氏名、参加されるプログラムに○をつけて下さい。

本セミナーは参加証の発行はございませんので、ご了承ください。

施設名： _____

代表連絡者： _____ 連絡先： _____

氏名	職種	10:00～10:45			11:00～11:45			13:00～13:45			14:00～14:45		
		がん化学療法&乳がん	感染管理	糖尿病看護	救急看護	透析看護	摂食・嚥下障害看護	緩和ケア&放射線看護	脳卒中リハ看護	新生児集中ケア	がん看護	急性・重症患者看護	皮膚排泄ケア

※用紙が不足する場合は、お手数ですがコピーをして複数枚をご返信ください。

締切りは **10月17(金) 17:00 必着** をお願い致します。(送信票不要)

【担当者】 国立病院機構 京都医療センター
がん放射線療法看護認定看護師

TEL：075-641-9161 (代表)
E-mail：ttakashi@kyotolan.hosp.go.jp