

堺市立総合医療センター FAX 072-272-9915

看護局 担当 糟谷

## 平成30年度 救急フィジカルアセスメントセミナー 研修申込書

施設名	受講希望者総数 ( 名)		
連絡先	TEL ( )	FAX ( )	
	※E-メール ( )		

該当所属施設・団体に○印をつけてください。

病院 ・ 診療所 ・ 訪問看護ステーション ・ 老人保健施設 ・ 老人福祉施設 ・ その他の福祉施設 ・ 在宅関連施設  
教育機関 ・ その他 ( )

参加希望者名

No.	氏 名	年齢	実務 経験	フィジカルアセスメント 受講歴 (自施設・施設外含む)
1				有 ・ 無
2				有 ・ 無
3				有 ・ 無
4				有 ・ 無
5				有 ・ 無

本セミナーは2日間出席が必要となります

参加多数の場合は抽選になりますのでご了承ください

参加の可否につきましては、申し込み締め切り後、FAXにて結果を送らせていただきます。

※本研修会申込書は研修および担当講師との調整を目的としており、それ以外の目的では使用いたしません。