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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　№ | 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。